

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 442

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Juliette BOUTONIER

Agrégée de Philosophie.

Licenciée ès Sciences.

Née le 24 janvier 1903, à Roquefort-les-Pins (Alpes-Maritimes).

La Notion d'Ambivalence

Étude Critique

Valeur Séméiologique

Président : M. H. CLAUDE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Juliette BOUTONIER

Agrégée de Philosophie.

Licenciée ès Sciences.

Née le 24 janvier 1903, à Roquefort-les-Pins (Alpes-Maritimes).

La Notion d'Ambivalence

Étude Critique

Valeur Séméiologique

Président : M. H. CLAUDE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	OLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER
	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Clinique médicale	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGUENAU. Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MÈNEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.

MM.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OVERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÉRIE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
LEROUX Anatomie pathologique.
PHILIBERT ... Bactériologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SÉZARY.
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.
 } Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.
 } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur de clinique des Maladies mentales.

*Qui nous a fait le grand honneur de nous
inspirer cette thèse et d'en accepter la pré-
sidence.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE DIJON

AU DOCTEUR ELSA BREUER

*Qui nous a si amicalement aidée dans
notre travail, par sa connaissance de la
langue allemande.*

INTRODUCTION

Le terme d'ambivalence est aujourd'hui très fréquemment employé dans un grand nombre d'ouvrages et d'articles consacrés à l'étude des maladies mentales. Il commence à passer, sinon dans le langage courant, au moins dans le langage des psychiatres, des psychologues et franchira bientôt si ce n'est déjà fait, les limites de ce monde encore restreint.

On en chercherait vainement une définition en dehors des traités de psychiatrie, car contrairement à beaucoup de termes tels qu'angoisse, anxiété, délire, qui nous viennent, dans toutes les langues, avec un long passé et paraissent contemporains de l'humanité elle-même, celui-ci n'appartient à aucune langue, ou plutôt fait partie de ce langage international que la science seule connaît. Créé par BLEULER en 1911, dans son célèbre ouvrage « Démence Précoce ou Groupe des Schizophrénies » (un article écrit en 1936 en langue allemande sur l'ambivalence se présentait comme inspiré par le 25^e anniversaire du terme), il a été adopté dans tous les pays sans autre référence.

Sachant cela, certains diront avec confiance : voilà un nouveau terme scientifique en psychiatrie, un

terme qui ne nous donnera pas les mêmes tourments que « l'instinct » inflige à qui étudie la psychologie animale ou l'hallucination aux psychologues et aux psychiatres. Un terme sans passé, donc neuf, précis.

Mais la réalité apparaît tout autre. Après 25 années d'existence, le mot créé par BLEULER a déjà beaucoup vécu, en raison de son succès même. Et on l'a tant adopté qu'il appartient à beaucoup de familles. Peut-être avait-il tout ce qu'il fallait pour plaire à beaucoup de gens.

« Au pied de la tour de Babel, les hommes ne s'entendaient plus faute de parler la même langue. Ici ils emploient le même vocabulaire en lui donnant un sens différent : c'est un autre moyen d'aboutir au même résultat ».

Ces réflexions suggérées à Ch. BLONDEL par « l'automatisme mental » nous paraissent s'appliquer aussi bien à l'ambivalence, à en juger par les quelques conversations que nous avons pu entendre sur ce sujet.

On ne peut pas se contenter actuellement pour définir l'ambivalence, d'une phrase bien choisie. Il faut compter avec l'usage, avec des usages, et pour les mieux comprendre, nous étudierons d'abord l'ambivalence à sa source, dans l'œuvre de BLEULER. Nous verrons ensuite ce qu'elle est devenue, pour tenter de nous faire une opinion assez compréhensive sur ce qu'on entend aujourd'hui par ambivalence et sur le rôle de cette notion en psychiatrie.

Car ce n'est pas en méconnaître la valeur que de

juger utile d'en préciser le sens. Il ne faut pas toujours confondre, même au pays de Descartes, clarté et vérité. Une notion qui paraît obscure peut être plus vraie que celle qu'on croyait claire.

Parmi les termes créés pour les besoins de la science, certains ont une valeur purement descriptive : tels les nombreux vocables que l'anatomie a dû forger avec toutes les ressources du grec et du latin. Le vocabulaire spécial des sciences dites naturelles est fait, en majeure partie, de mots de ce genre. Mais on voit apparaître dans les sciences d'autres termes qui définissent non plus tant un objet ou un aspect d'un objet nouveau qu'une nouvelle façon de voir les choses. Songeons, par exemple, à l'idée qu'on a pu se faire en médecine pendant longtemps de l'inflammation.

Les termes nouveaux que la théorie pastorienne introduisit représentaient non seulement des faits, mais une révolution dans la conception des faits. L'idée de microbe, par exemple, n'est pas seulement le nom donné à un objet apparu dans le champ du microscope, mais un ensemble de conceptions nouvelles.

Or, les habitudes établies dans l'esprit font que, si l'on accepte facilement un mot, on a beaucoup plus de peine à changer sa manière de voir les choses. On préfère essayer d'admettre le fait nouveau s'il est indéniable, en gardant les idées que l'on a déjà. Cette façon de procéder est peut-être naturelle, mais ne contribue pas au progrès scientifique. « On con-

naît *contre* une connaissance antérieure, en détruisant des connaissances mal faites » ¹.

Si cette destruction est nécessaire, il est préférable qu'elle s'impose comme une nécessité, car alors on ne pourra ruser avec la difficulté.

Aussi dirions-nous volontiers et sans rechercher le paradoxe, que ce qui rend obscure la notion d'ambivalence, c'est peut-être avant tout qu'elle ait paru trop compréhensible... On l'a interprétée facilement, sans sortir des données banales de l'expérience journalière; on l'a rapprochée de faits bien connus de la psychologie classique. Et ce faisant on a sans doute un peu trop oublié ce qu'il y avait de nouveau dans cette idée, on a trop masqué aussi ce qu'elle représente de violemment contradictoire pour la conscience claire. On n'a pas assez souligné que pour comprendre vraiment l'ambivalence, il faut s'engager dans un monde où la logique ne règne plus. Si l'on ne change pas de postulats, on trouvera toujours impossible qu'on puisse mener par un point pris hors d'une droite plus d'une parallèle à cette droite. De même si l'on en reste aux lois de la pensée raisonnable, on ne comprendra pas ce double développement simultanée de valeurs opposées qui est l'ambivalence. Le danger, c'est qu'on ne peut être dupe de soi en géométrie, et on devra s'avouer que la géométrie non-euclidienne est inconcevable dans un certain espace; tandis qu'en psychologie et en psy-

(1) BACHELARD. La formation de l'esprit scientifique, Paris, 1938, ch. I, p. 14.

chiatric, les idées et les faits se prêtent aux compromissions. Et on croit avoir assimilé une idée nouvelle alors qu'on l'a simplement vidée de ce qui en faisait la substance.

Que la notion d'ambivalence soit obscure, si elle est nouvelle, cela ne doit donc pas nous étonner, c'est plutôt le contraire qui serait inquiétant. Si elle nous oblige à rompre « ce complexe impur des intuitions premières »¹ dont la fausse clarté nous trompe si souvent, pour nous mettre en face d'une réalité méconnue, cette idée ne doit être accessible qu'au prix de quelque effort. Car : « Face au réel, ce qu'on croit savoir clairement offusque ce qu'on devrait savoir. Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune. Il est même très vieux, car il a l'âge de ses préjugés. Accéder à la science, c'est spirituellement rajeunir, c'est accepter une mutation brusque qui doit contredire un passé »².

(1) BACHELARD. *l. c.*

(2) BACHELARD. *l. c.*

LA NOTION D'AMBIVALENCE DANS L'ŒUVRE DE BLEULER (1911)

Il nous paraît utile, pour faire connaître la pensée de BLEULER, de donner in extenso la traduction des quelques pages qu'il consacre à l'ambivalence dans son ouvrage déjà cité¹.

Il la range parmi les symptômes fondamentaux de la Schizophrénie; passant en revue les « fonctions simples altérées », il mentionne :

- 1° Les associations,
- 2° L'affectivité,
- 3° L'ambivalence.

Ici l'ambivalence apparaît donc comme une *fonction*, et une fonction psychique *normale* au même titre que les deux autres. Nous verrons cependant que BLEULER décrit avant tout sous le nom d'ambivalence certains *faits anormaux*, à en juger par le développement suivant :

« La tendance de l'âme schizophrène à réaliser les
« différents états psychiques, négatifs ou positifs (Am-
« bivalence) n'est pas toujours très apparente. Mais
« une observation patiente la décèle presque tou-
« jours, même dans des cas où elle est légère; et c'est

(1) *Dementia praecox oder Gruppe des Schizophrenien*, in *Traité d'Aschaffenburg*, 1911, p. 43, 44.

« une conséquence si directe des troubles de l'association schizophrénique qu'il est douteux que ce
« signe puisse manquer complètement. Nous le met-
« tons donc au rang des symptômes fondamentaux.

« La même représentation peut en même temps
« être colorée de sentiments agréables et désagréa-
« bles (Ambivalence affective) : l'époux aime et
« hait sa femme. Des hallucinations montrent à une
« mère la mort « souhaitée » ¹ de l'enfant qu'elle a
« eu d'un homme non aimé; elle s'abandonne à une
« lamentation interminable. Une immense angoisse
« s'empare d'elle, parce qu'on voudrait la tuer; et à
« son entourage, elle dit qu'on devrait la tuer, elle
« demande qu'on la tue. Elle pense qu'il y a, dehors,
« un croquemitaine; tantôt au milieu d'un déluge de
« larmes, elle supplie les personnes qui l'entourent,
« en se cramponnant à elles, de la garder de cet
« homme, tantôt elle supplie qu'on la laisse sortir
« rejoindre cet homme. Elle répète inlassablement
« Toi Diable, Toi Ange, Toi Diable, Toi Ange ».
« (Elle pense à son amant).

« Il y a ambivalence de la volonté (Ambitendance)
« quand le malade veut en même temps manger et
« ne pas manger; cent fois, il commence à porter sa
« cuillère à sa bouche, n'arrive pas à terminer ce
« geste ou fait d'autres gestes tout à fait inutiles. Il
« veut sortir de l'asile, mais résiste avec force impré-
« cations, si on veut le faire sortir. Il demande du
« travail, mais se fâche si on lui donne quelque chose

(1) Guillemets dans le texte.

« à faire et ne peut se décider à le faire. Il est en
« proie aux remords, au cours d'une première crise,
« pour avoir, étant enfant, pratiqué la fellation avec
« un autre enfant; mais quelques années plus tard,
« il tentera avec une force brutale de pratiquer la
« fellation avec les autres malades. Des voix lui con-
« seillent de se noyer, et se moquent de lui, à son
« grand étonnement, dans la même phrase, parce
« qu'il veut se noyer.

« Il y a ambivalence intellectuelle quand le Patient
« sans reprendre haleine dit : « Je suis le Dr. A...; je
« ne suis pas le Dr. A... », ou : « Je suis un homme
« comme vous, bien que je ne sois pas un homme »
« (FOERSTERLING). On entend souvent des paroles de
« ce genre, et sans que dans la deuxième phrase les
« mêmes mots aient un autre sens que dans la pre-
« mière (Dans le cas du malade de FOERSTERLING, on
« pourrait pourtant penser à une équivoque de ce
« genre).

« Un catatonique ayant une culture philosophique
« a fait sur lui-même cette observation : « Si on
« exprime une pensée, on voit toujours la pensée
« contraire. Celle-ci se renforce et va si vite qu'on ne
« sait plus laquelle était la première », et plus naïve-
« vement un autre malade, quand je lui ai fait re-
« marquer que d'une lettre affectueuse à sa femme,
« il avait fait aussi une lettre d'adieux, me répon-
« dit : « J'aurais aussi bien pu écrire une autre lettre.
« Dire bonjour ou adieu, c'est la même chose ».

« On peut aussi constater couramment que les

« malades ne remarquent même pas la contradiction, « quand on prend leur réponse négative comme affirmative. Je demande à un malade « Entendez-vous des voix ? » Il répond fermement que non. « Je continue : « Qu'est-ce qu'ils disent ? » — « Oh ! toutes sortes de choses », ou bien même il répond « en donnant un exemple précis. Plus souvent encore, on voit par les paroles et le comportement des malades, que la même pensée est à la fois négative et affirmative. Le fait n'est pas toujours si évident que dans la phrase suivante : « elle n'avait pas de mouchoir, c'est avec son mouchoir qu'elle l'a étranglé ». La même chose apparaît quand une idée est exprimée par son contraire : un malade se plaint qu'on lui a pris le passe-partout de l'asile, alors qu'il veut qu'on lui donne un passe-partout. Dans le « vocabulaire fondamental » de SCHREBER, « Salaire » se dit « Punition », « Poison » se dit « Nourriture », etc...

« Les trois formes de l'ambivalence ne se laissent pas séparer nettement, comme on le voit déjà par quelques-uns de ces exemples. Affectivité et volonté ne sont jamais que deux aspects différents d'une même fonction ; mais les oppositions intellectuelles, elles aussi, sont rarement à séparer des oppositions affectives : le mélange d'idées de grandeur avec un délire de persécution et un délire d'humilité se forme de désir et de crainte, ou du fait que la valeur personnelle du malade est tantôt admise, tantôt niée. Le malade est très puissant, et

« en même temps tout à fait dépourvu de puissance ;
« la personne aimée ou le protecteur deviennent tout
« naturellement des persécuteurs sans perdre leur
« premier rôle. Il est rare qu'un ennemi devienne un
« ami (un paranoïde catholique est devenu « vieux
« Catholique », il était alors persécuté par le pape,
« mais celui-ci à la fin voulait lui donner plusieurs
« millions). Le cas est le même quand beaucoup de
« malades se plaignent de persécution, mais croient
« en même temps que celle-ci sert à leur éducation,
« à leur amélioration, ou qu'elle est une étape précé-
« dant leur élévation.

« L'ambivalence mixte se montre sous une forme
« un peu différente dans les exemples suivants : une
« malade fait l'éloge de son mari et de leur situation,
« et en dit du mal. Elle dit encore bien d'autres
« choses incohérentes, positives et négatives : il est
« absolument impossible de comprendre dans quel
« sens elle les pense. Un hébéphrénique se plaint avec
« véhémence et en termes injurieux que le temps à
« l'asile lui paraît non pas trop long, mais au con-
« traire trop court, et il n'a pas fait un lapsus linguæ
« mais il avait associé quelque temps auparavant,
« long avec temps. On connaît ces malades qui croient
« que le médecin veut les empoisonner et le retien-
« nent malgré cela ; ou encore ceux qui se plaignent
« amèrement des médecins et du personnel de l'asile
« et qui, comme conséquence de ces dires, leur mon-
« trent une reconnaissance excessive.

« L'ambivalence permet tous les passages au nég-

« tivisme sous la forme de l'ambitendance. Nous verrons plus tard son importance dans la formation des Idées délirantes ».

Résumons le sens de ces pages :

L'ambivalence consiste en une disposition de l'esprit du schizophrène à réaliser simultanément des états psychiques opposés.

Si les états ainsi rapprochés sont de même nature : deux sentiments, deux idées, deux actes, l'ambivalence est dite simple.

Dans le cas contraire, elle est mixte (parole et acte, sentiment et expression). Elle se manifeste spontanément, ou est mise en évidence par l'interrogatoire qui montre avec quelle facilité le malade accepte qu'on lui prête une réponse opposée à celle qu'il vient d'énoncer.

BLEULER aborde plus loin le problème du rapport qui existe entre l'ambivalence schizophrénique et la pensée normale. A ce propos, il nous montre comment l'ambivalence est bien une fonction de la pensée normale.

« Même pour l'être normal chaque chose se présente sous deux aspects : la rose a ses épines, mais le normal, presque toujours, fait une somme algébrique des valeurs positives et négatives : il aime la rose malgré ses épines. Il en est autrement pour le schizophrène : en raison de la faiblesse des liens associatifs dans sa pensée, il ne sent pas le besoin de fondre ces divers aspects en une unité : il aime la rose pour sa beauté et en même temps il la dé-

« teste à cause de ses épines. Plusieurs notions sim-
« ples ou composées et notamment plusieurs com-
« plexes peuvent ainsi exister avec les deux nuances
« affectives opposées, qui se présentent côte à côte,
« ou se mélangent dans des proportions diverses, ou
« se succèdent.

« Mais, même chez des individus normaux, par-
« fois la synthèse peut faire défaut : le normal aussi
« sent en lui deux âmes et, par exemple, il ne parle-
« rait pas tant des péchés si cela ne lui était pas
« agréable en quelque façon. Cette double valorisa-
« tion ne tient pas à l'expérience elle-même, mais se
« justifie logiquement par la double façon dont le
« sujet peut envisager un même fait, suivant les cas.
« Le même temps est bon pour un certain but et
« mauvais pour un autre; il est beau relativement à
« celui d'hier, mauvais relativement à celui d'avant-
« hier. Le normal voit bien ce système de valeurs re-
« latives, alors que pour le schizophrène, qui ne tient
« pas compte des relations, la valeur donnée à chaque
« aspect est absolue.

« L'ambivalence affective a une autre racine aussi
« importante dans ce fait normal que les contraires
« s'associent. L'amour et la haine sont beaucoup plus
« proches l'un de l'autre que de l'indifférence. Quand
« une femme hait, elle aime, a aimé, ou aimera. Mais
« le normal passe d'un sentiment à l'autre : chez le
« schizophrène, ce sont les deux faces d'une même
« affection.

« L'ambivalence volontaire a aussi sa racine dans

« la pensée normale. Si on ne veut pas penser à
« quelque chose, c'est justement cela qui se présente
« à l'esprit. Celui qui commence à aller à bicyclette
« court juste sur le caillou qu'il veut éviter (A rap-
« procher de la théorie du Négativisme). Je veux
« prendre un cahier parmi d'autres et je pense
« d'avance : ce n'est pas tel cahier. Malgré cela, je
« vais directement à celui-ci. Aussi il est beaucoup
« plus important au point de vue psychologique de
« savoir si l'idée d'un acte se présente à l'esprit que
« de savoir si elle est pensée négativement ou posi-
« tivement. Un malade m'a expliqué qu'il ne voulait
« pas s'évader parce qu'il n'y trouverait aucun avan-
« tage; j'ai prévenu les gardiens qu'il s'évaderait
« bientôt, et cela est arrivé.

« De là à l'ambivalence intellectuelle, il n'y a qu'un
« pas. L'idée de blanc est plus proche de l'idée de
« noir que quelque idée sans rapport avec la couleur.
« La pensée « la neige est blanche » contient en
« même temps l'élimination du jugement « la neige
« est noire », mais justement pour cette raison ce
« jugement est plus proche du premier que n'im-
« porte quel autre. On voit très souvent des exem-
« ples de cela chez les enfants; ils peuvent dire
« porte fermée » même pour demander qu'elle soit
« ouverte. Ce qui lie ces deux idées c'est le mouve-
« ment de la porte, et le contraste entre ouvert et
« fermé s'efface devant le fait que l'enfant n'hésite
« pas à employer le terme qu'il connaît pour désigner
« les deux états. Un peu plus âgés, les enfants éprou-

« vent le besoin en jouant, d'exprimer quelques jugements, mais il leur est indifférent de les formuler positivement ou négativement, et pas seulement quand ils veulent plaisanter ¹.

« Dans le rêve normal, l'ambivalence effective et intellectuelle est banale. Quantité d'idées sont ré-
« gulièrement représentées par leur contraire, ainsi
« secret » par la vision « beaucoup de gens ».

« L'ambivalence normale et notamment l'ambivalence
« dance qui fait qu'à chaque impulsion répond une
« contre-impulsion, entraînant la nécessité du choix
« et de la réflexion, a une grande importance dans
« le mécanisme de la vie psychique. La Psyché
« comme l'organisme physique obtient par ce moyen
« une meilleure adaptation, en créant un équilibre
« entre des forces opposées » ².

Et maintenant, quelle est la place de l'ambivalence dans la schizophrénie ?

Encore que M. MINKOWSKI ait cru pouvoir écrire de l'ambivalence que « ce caractère de la pensée schizophrénique » semble avoir moins d'importance que les précédents » ¹ (c'est-à-dire les troubles des associations et de l'affectivité), quantité de traits de la mentalité et du comportement du schizophrène paraissent en dériver plus ou moins directement. BLEULER

(1) FREUD, *Gegensinn der Urworte*, Jahrbuch für Psychoanalyse, II, 179. (Référence de Bleuler).

(2) BLEULER, *l. c.*, p. 305.

(3) MINKOWSKI, *Ev. Ps.* I, 1925, p. 225.

insiste expressément, comme nous l'avons vu, sur le rôle que joue l'ambivalence dans l'explication du négativisme et dans la genèse des délires.

Il écrit à ce sujet (l. c. p. 359) : « Le passage du comportement ordinaire au négativisme paraît plus facile si l'on pense que chaque tendance a une composante négative, et réciproquement, comme l'indique la théorie de l'ambivalence ». Les sentiments qui sont en rapport avec la sexualité sont parmi les plus ambivalents et l'on comprend qu'ils jouent un grand rôle dans la genèse du négativisme.

Chez le normal, la balance penche au moment de la décision en faveur de la composante positive, par exemple d'une tendance à l'acte. Chez le schizophrène, au moment où par suite d'un conseil ou d'un ordre la composante positive se présente à l'esprit, elle est aussitôt neutralisée ou même remplacée par la composante négative, le négativisme pouvant ainsi de passif devenir actif (exécution de l'acte opposé). Ce négativisme est externe, mais aussi interne (substitution à un mot ou une pensée de son contraire).

Le mutisme — qui n'est souvent qu'un aspect du négativisme, — le rire non motivé, si fréquent chez les schizophrènes, peuvent sans difficulté être reliés à l'ambivalence, conséquence primordiale de la dissociation intra-psychique (l. c. p. 289).

Après avoir annoncé le rôle de l'ambivalence dans la genèse des délires, BLEULER n'y insiste guère. Mais les délires schizophréniques portent la marque de la

dislocation de la pensée, elle-même génératrice d'ambivalence l. c. p. 323). Certains délires ont à leur origine une impression de double volonté, qui se traduit par l'idée d'influence. Les délires où intervient ce syndrome « d'action extérieure » suivant le terme de H. Claude, sont en rapport étroit avec l'ambivalence. On peut en dire autant des cas où le délire traduit un complexe affectif, un désir inconscient, inavoué.

Il en est de même pour les hallucinations. Ce n'est donc assurément pas fausser la pensée de BLEULER que d'insister sur le rôle fondamental de l'ambivalence dans la schizophrénie.

Mais l'ambivalence est révélée par cette maladie, en raison du processus de dissociations qui la caractérise, non créée, car en elle-même elle constitue une structure normale, et même utile de la pensée. Normale, car l'observation la plus naïve montre que le monde des sentiments est orienté vers deux pôles opposés, plaisir et douleur; de même, on veut ou on ne veut pas, on affirme ou on nie. Cette opposition d'états positifs et négatifs est même utile, elle permet la recherche de l'équilibre le plus favorable, le choix. C'est ainsi que l'ambivalence est à la fois et suivant ses degrés, un symptôme morbide ou un aspect de la pensée normale.

Telle se présente dans l'œuvre de BLEULER en 1911, la théorie de l'ambivalence. Elle demande à être précisée sur bien des points, mais avant de nous livrer à un examen critique et de rechercher dans des ou-

vrages plus récents de l'auteur un complément d'informations, demandons-nous comment à cette époque ses contemporains comprenaient ou expliquaient les phénomènes dont sa théorie rend compte.

**AUTRES INTERPRETATIONS,
A LA MEME EPOQUE,
DES FAITS DECRITS PAR BLEULER**

Comme nous l'avons dit, c'est à propos de la Démence précoce que BLEULER définit l'ambivalence. Or la D. P. avait été l'objet, avant 1911, et à la même époque, d'études importantes et qui sont encore classiques. Il est intéressant de voir que dans ces observations, le phénomène qui devait recevoir le nom d'ambivalence est décrit souvent avec précision, mais que c'est l'interprétation qu'on en donne qui est différente et qui empêche d'ailleurs parfois de le voir tel qu'il est. Il serait ici hors de propos de refaire l'histoire de la Démence Précoce. Rappelons simplement que l'œuvre fondamentale de KRAEPELIN sur cette affection date de 1899. Or cet auteur remarque chez les Déments précoces l'indifférence affective, l'incohérence qui se substitue à « l'unité intérieure qui relie chez le normal intelligence, affectivité, volonté » (MINKOWSKI).

Les ouvrages bien connus de SÉRIEUX, MASSELON, contribuèrent à répandre en France les idées de KRAEPELIN au début de ce siècle.

D'autre part l'école de ZÜRICH s'attachait à analyser la mentalité des Déments Précoces, et en 1907, JUNG publia un travail très important « *Über die Psychologie der Dementia Praecox* », sur lequel nous reviendrons.

Il nous a paru intéressant de consulter plus spécialement un travail contemporain en France de celui de BLEULER, et où se reflètent les résultats de ces diverses observations : l'étude de Constance PASCAL sur *la Dementia Praecox* (Paris 1917). Pour cet auteur, l'affection est bien une démence (« *affaiblissement mental acquis et permanent* »), mais précédée de deux étapes : 1° incoordination fonctionnelle; 2° isolement des éléments psychiques dissociés par suite des ruptures de leurs connexions. (Cette dissociation avait été soulignée par CLAUDE et LÉVY-VALENSI au Congrès de Psychiatrie, 1910). Survient alors la 3° phase, destruction des éléments qui ne sont plus liés par des connexions permettant de les ramener à la conscience, car, écrit CONSTANCE PASCAL dans une phrase qui permet de mesurer l'écart qui sépare les conceptions psychiatriques et psychologiques actuelles de celles de cette époque : « Tout état de conscience qui ne s'évoque plus est condamné à mort » (p. 33). Comme les trois étapes décrites ne sont pas parcourues simultanément par les divers éléments psychiques, une D. P. en évolution nous offre un mélange d'incoordination fonctionnelle et de démence proprement dite. Or ce qui caractérise en outre la maladie, c'est que la démence atteint surtout les élé-

ments affectifs, tandis que d'autres comme la P. G. toucheront davantage l'intelligence, la mémoire.

A la suite de KRAEPELIN, CONSTANCE PASCAL souligne « l'indifférence émotionnelle » de ces malades et elle cite ici cette phrase de KRAEPELIN : « Même si les mouvements expressifs sont vivaces, les malades ne sentent aucune joie véritable, aucune tristesse, ne conservent ni désirs ni répugnances, et vivent indifférents au jour le jour ». Toutefois, quand il s'agit de décrire les malades, elle nous parle des antipathies soudaines, sans cause, qu'ils montrent souvent envers leurs familles, fait souligné par tous les observateurs antérieurs.

CHARPENTIER en 1890¹ disait déjà que les jeunes malades qu'il nommait après MOREL « Déments Précoces » ont pour leurs parents un accueil « peu gracieux » ; « les sentiments affectifs pour la famille sont presque toujours des sentiments de répulsion ». MASSELON, que cite CONSTANCE PASCAL, a vu une malade éclater de rire en apprenant la mort de son père, disant qu'elle était contente à l'idée d'avoir des lettres bordées de noir. Une autre malade décrite par C. PASCAL dit en apprenant la mort de son fils : « Il a bien fait ». Une autre déclare : « Je sens quelque chose en moi qui me détache de mes parents, leur contact me provoque une aversion pénible » (p. 52). Mais chez certains malades les sentiments normaux subsistent, chez d'autres ils reparaissent brusquement

(1) CHARPENTIER. Communication au Premier Congrès des Aliénistes Français, Août 1890, p. 12.

en « raptus émotionnels ». Il est donc évident pour nous que « l'indifférence émotionnelle » est faite au moins autant de manifestations paradoxales que de véritable indifférence.

En dehors des sentiments de famille, la même affectivité paradoxale avait été observée depuis longtemps.

MOREL, cite C. PASCAL¹, disait d'un malade : « Nous avons essayé la médication douloureuse au moyen du moxa, et il nous prie de ne pas lui faire tant de plaisir. Nous avons essayé les moyens de douceur, et il nous conjure de ne pas le faire souffrir de la sorte ». Dans d'autres cas, de l'aveu même du malade, l'indifférence n'est pas réelle : « je ne m'attache à personne, dit une malade de C. PASCAL, je souffre trop en aimant. Mon indifférence me préserve de la souffrance ». Ces observations devraient engendrer quelque méfiance à l'égard de « l'indifférence émotionnelle » habituelle dans la D. P. Mais à cette époque les psychiatres semblent raisonner ainsi : Si une malade déclare tranquillement en apprenant la mort de son fils « qu'il a bien fait », elle est indifférente à sa mort; alors que la conclusion logique serait, semble-t-il, de s'en tenir à ses paroles et de dire qu'elle en est satisfaite. La phrase même de KRAEPELIN citée plus haut est assez singulière et montre que l'« indifférence » des malades est faite de sentiments que nous ne comprenons pas et qui nous surprennent. En somme, le moins qu'on puisse affirmer, c'est que

(1) l. c., p. 133.

toute description objective de l'affectivité des éléments précoces amenait à faire une large place à côté de l'indifférence émotionnelle proprement dite, à des sentiments paradoxaux : mimique expressive vive mais paraissant en désaccord avec la mentalité réelle, sentiments inverses de ceux que l'on considère comme normaux, sentiments intermittents, se manifestant brusquement après une longue indifférence.

Dans le domaine intellectuel, CONSTANCE PASCAL décrit surtout l'incohérence : dans l'association des idées comme dans le jugement, l'absence de « réducteurs » suivant l'expression de TAINÉ supprime l'inhibition des idées parasites et engendre tous les désordres.

Dans l'activité psycho-motrice, elle note, s'inspirant fort probablement des travaux de JUNG que « quel que soit l'acte, l'idée directrice naît avec son antagoniste. A l'état normal, l'idée de contraste est réduite immédiatement après son apparition. Son rôle est d'orienter les volitions, de rectifier certains détails, d'éviter certaines fautes, de préciser les mouvements » ¹. Mais l'association par contraste va jouer chez ces malades un rôle prépondérant. Dans la sphère de l'activité volontaire, elle provoque à côté de l'aboulie par désintérêt, la « parapraxie par contraste psychique », type de dyspraxie où « l'idée principale est délogée par la représentation antagoniste » (p. 100). Un malade observé par GUILGUET (élève de Régis) entre dans une église et veut avoir

(1) I. c., p. 95.

une attitude recueillie et prier. Mais l'envie grandit en lui de faire du scandale et il se sent poussé à préférer des mots orduriers qui finissent par se substituer à la prière qu'il voudrait prononcer. C'est encore l'association par contraste qui explique les sourires, les rires, l'ironie, et le négativisme actif ou oppositionisme (p. 114). De même s'explique la « paramimie ». (l. c. p. 133) expression émotive opposée au sentiment éprouvé ou rire suivi de larmes, ce que KRAEPELIN appelait « l'absence de rapport entre l'humeur et les traits du visage ».

En définitive, les traits dominants du dément précoce sont au point de vue psychique, l'incohérence, l'indifférence, et dans l'ordre psycho-moteur la parapraxie par contraste et la paramimie par contraste.

Il apparaît que malgré les faits observés la hantise de la notion de démence, et la connaissance des lois ou soi-disant lois de la psychologie normale ont contribué à écarter l'auteur d'une conception plus compréhensive ou plus précise de la maladie. La notion d'incohérence est fort commode, et elle couvre tout grâce à son imprécision. Cependant certains traits particuliers à la D. P. éclatent aux yeux. Alors on les rattache aux lois de l'association des idées, à une psychologie de l'intelligence à la manière de TAINÉ et on montre ainsi ce que la maladie apporte à côté de ce qu'elle détruit.

Il apparaît alors que ce qui est le plus caractéristique dans cette démence, c'est ce qui n'est pas démen-

tiel, et on sent le besoin de notions nouvelles pour rendre compte des faits observés.

Un grand pas est fait dans ce sens en France, à peu près au même moment avec l'œuvre de CHASLIN en 1912¹. Sous le nom de *discordance* celui-ci décrit une « incohérence (désharmonie) entre les différents signes » d'une affection (l. c. p. 177). « Elle peut se rencontrer dans les démences, surtout la P. G., mais là où elle est la plus frappante c'est dans la démence précoce, où le malade vous raconte par exemple, en souriant, qu'on vient de le couper en morceaux »... Ce symptôme « signifie souvent démence ou future démence ». Il est assez caractéristique de la démence précoce pour que CHASLIN, considérant que dans cette affection mal nommée la démence est souvent tardive plutôt que précoce, et que du reste « le dément précoce est toujours moins dément qu'il ne paraît, » (p. 830), choisisse le nom de « folies discordantes » pour désigner ces maladies mentales que BLEULER appelle schizophrénies. Il fait toutes réserves, d'ailleurs, sur le fait de savoir si les folies discordantes constituent une entité morbide ou un type clinique. Le mot discordance désigne ce qui « correspond à l'ataxie intra-psychique de ERWIN STRANSKY, à la dysharmonie intra-psychique de URSTEIN » (p. 829).

La notion de discordance est devenue classique dans la psychiatrie française. En quoi correspond-

(1) CHASLIN. *Eléments de séméiologie et de clinique mentale*, Paris, 1912.

elle à l'ambivalence, en quoi s'en distingue-t-elle ? BLEULER a dit en 1926 : « Si le terme de CHASLIN « folie discordante » avait déjà existé à ce moment là (en 1911) j'aurais pu tout aussi bien le choisir » ¹. La folie discordante paraît donc à BLEULER un autre nom possible de la Schizophrénie, dont l'ambivalence n'est qu'un symptôme. Cependant le mot discordance a aussi pour nous le sens plus limité d'un symptôme commun à ce groupe d'affections qu'il sert à nommer.

Si l'on s'en tient aux faits, on peut dire que la discordance correspond à l'ambivalence mixte de BLEULER, mimique inadaptée, opposition entre le langage et la conduite. Mais l'ambivalence simple, dans les cas où on la rencontre, ne peut se confondre avec elle, un des cas les plus typiques étant celui de l'ambivalence intellectuelle. c'est une forme bien spéciale de discordance que la succession de deux jugements opposés. D'autre part, la discordance se rencontre dans des cas où on ne peut parler d'ambivalence, tel celui que cite CHASLIN (l. c. p. 197) où l'intelligence étant profondément affaiblie le langage reste à peu près normal, par habitude peut-être : ce psittacisme fréquent dans les démences organiques ou séniles ne saurait être nommé ambivalence.

Mais l'ambivalence et la discordance diffèrent surtout par les conceptions théoriques qu'elles recouvrent. Il nous semble que pour CHASLIN la vie psy-

(1) BLEULER. Communication au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Genève, Lausanne, 2-7 août 1926.

chique se présente comme un ensemble de fonctions dont les divers aspects sont organisés, soutiennent des rapports cohérents, adaptés, harmonieux. Conception presque purement descriptive, objective. Un homme nous dit par exemple qu'il veut lire pour se distraire. Nous lui donnons un livre, il le prend, le tient correctement, et son visage exprime l'attention et l'intérêt si le livre lui plaît, l'ennui dans le cas contraire. Le dément précoce pourra suivant les cas prendre le livre et le garder ouvert devant lui, les yeux fixés sur le texte, mais nous nous apercevrons qu'il le tient à l'envers, trop loin ou trop près, ou à mesure qu'il tourne les pages, il éclate de rire sans que rien y prête dans le texte, ou bien il a l'attitude du lecteur, mais sa pensée paraît absente et il dit cependant : « c'est très intéressant ». C'est l'incohérence régnant entre les divers aspects de sa conduite qui nous frappe : on peut l'appeler discordance. A vrai dire, le concept de discordance, né des observations d'un clinicien, a surtout la valeur d'un signe clinique et n'ajoute à peu près rien aux faits observés. D'où son succès légitime correspondant au besoin, justifié, et senti par tout le monde, de donner un nom à des phénomènes morbides qui sont voisins de la démence mais ne se confondent cependant pas avec elle.

Concluons : Ce qui distingue l'ambivalence de la discordance, c'est que celle-ci désigne un assemblage de *manifestations disparates*, celle-là le rapproche-

ment d'*états psychiques opposés*. L'ambivalence n'est donc qu'un aspect spécial de la discordance.

Mais l'ambivalence désigne aussi une théorie capable d'expliquer dans certains cas la discordance, et qui s'applique également à des phénomènes normaux. En ce sens l'ambivalence est plus que la discordance, elle est une loi de la vie psychique capable de rendre compte d'un grand nombre de faits.

Le terme créé par BLEULER ne trouve donc aucun équivalent exact; la description attentive de faits nouveaux ayant engendré le besoin de termes nouveaux pour les caractériser, les psychiatres à cette époque ont recours à des expressions nouvelles ou à des mots qu'ils créent. Or la découverte de BLEULER n'est pas seulement celle d'un symptôme, c'est, nous l'avons dit, toute une théorie qu'il développe à propos de la Schizophrénie, mais qui la dépasse largement. C'est cette théorie que nous allons essayer de préciser.

LA THEORIE DE L'AMBIVALENCE D'APRES BLEULER

Il résulte des textes que nous avons cités que BLEULER emploie le mot ambivalence pour désigner trois choses :

1° Un symptôme : l'ambivalence simple, celle qui éclate aux yeux les moins avertis quand un malade dit, par exemple : « Je suis le Dr A..., je ne suis pas le Dr A... ».

2° Une hypothèse : dans le cas d'ambivalence mixte nous supposons qu'il y a, comme dans le cas précédent, deux tendances opposées et se manifestant chacune à sa façon en même temps.

Si l'on veut bien se rappeler les exemples que donne BLEULER, on verra en effet que sous le nom d'ambivalence mixte, il présente une interprétation de certains symptômes fort complexes : le mélange de délire de grandeur et de délire de persécution, par exemple, qu'on a tenté d'expliquer par d'autres mécanismes psychiques. Rappelons nous aussi le cas du malade qui se plaint que le temps à l'asile lui paraisse « trop court » au lieu de « trop long », parce que, dit BLEULER, « il avait associé quelque temps auparavant long avec temps ». Cette explication nous paraît devoir être commentée ainsi : la

phrase « le temps est long », ayant été pensée, a automatiquement amené à la conscience le jugement opposé : « le temps est court. Les deux jugements dès lors coexistent et peuvent se substituer l'un à l'autre. On voit qu'il s'agit ici non plus d'un fait mais d'une hypothèse pour expliquer un fait. Il vaut mieux si l'on s'en tient à ce que l'on observe, parler de discordance que d'ambivalence. Dire qu'il s'agit d'ambivalence, c'est envisager une interprétation des faits observés, interprétation qui a la valeur d'une hypothèse.

3° Cette hypothèse n'est d'ailleurs qu'une application de ce que BLEULER expose à diverses reprises comme une loi générale de la vie psychique normale et pathologique. L'opposition des états psychiques, les uns positifs, les autres négatifs, se rencontre dans tous les domaines, intelligence, affectivité, volonté. A chaque état d'âme positif correspond sa réplique, l'état négatif correspondant. Pourquoi cela ?

Il nous semble que cette explication, BLEULER l'a donnée de plusieurs façons. Quand il veut rendre raison de l'ambivalence normale, il écrit d'abord : « Même pour l'être normal, chaque chose se présente sous deux aspects : la rose a ses épines ». Les propriétés opposées de l'objet suscitent des sentiments, des actes, des jugements opposés. Le choix et la réflexion naissent de ces considérations diverses qui ont leur raison d'être dans la nature des choses.

Ici BLEULER semble chercher l'explication de l'ambivalence plutôt dans les propriétés de l'objet que

dans l'état d'esprit du sujet. Sans doute ce n'est là qu'une indication rapide : elle n'en subsiste pas moins, et nous paraît s'inspirer de cette psychologie, de tendance empiriste, qui voulut expliquer la vie psychique comme le résultat de nos expériences sensorielles, et qui devait rester classique, sous des formes diverses, jusqu'aux premières années du XX^e siècle, ... au moins !

Mais à côté de ces faits, BLEULER en allègue d'autres qui impliquent une explication toute différente : c'est la structure de l'esprit, et non celle de l'objet qui entraîne l'ambivalence.

Le même objet, suivant nos dispositions à son égard, sera bon ou mauvais. L'hiver clément est bon pour le promeneur et mauvais pour le skieur ; le même temps est beau si je le juge par rapport à celui d'hier, ou mauvais en le comparant à celui d'avant-hier. Il s'agit ici de la relativité des sensations et des sentiments, bien connue de la psychologie classique. On en prend conscience, et on se l'explique à peu près aussi facilement que lorsque, plongeant dans de l'eau tiède ses deux mains, dont l'une est froide et l'autre chaude, on sent l'eau : froide avec une main, chaude avec l'autre. De là le doute, l'hésitation, qu'il s'agisse de vouloir ou de juger.

L'ambivalence s'explique donc, comme une notion familière de la conscience, celle de la relativité, voire de la complexité de nos sentiments, en rapport avec nos dispositions variables à l'égard d'un objet.

Mais s'en tenir là serait mutiler la pensée de BLEULER; il invoque encore, en effet, d'autres cas où nous subissons l'ambivalence sans pouvoir la justifier : la haine succède à l'amour, l'amour naît tout à coup de ce que l'on croyait haine. Le bicycliste va droit sur le caillou qu'il voulait éviter. Si je pense que je ne veux pas tomber, c'est une raison de tomber. Les idées opposées s'appellent, en nous, malgré nous. Aussi faut-il penser que les contraires sont liés, en dehors même des raisons qui justifient parfois ce fait à la conscience : ce n'est pas seulement *accidentellement* que nos dispositions peuvent être opposées à l'égard du même objet (la neige agréable au skieur, désagréable au même s'il a perdu un ski) c'est, disons-nous, *fondièrement*. Chaque pensée suscite en face d'elle, symétrique et opposée, sa rivale, *que nous la connaissions ou non*¹. Bref sans faire appel à une structure psychique qui échappe à la conscience (qui enregistre seulement ses conséquences), sans faire intervenir *l'inconscient*, on ne peut rendre compte de ce dernier groupe de faits.

En résumé pour expliquer l'ambivalence, BLEULER a eu recours :

- 1° aux caractères de l'objet,
- 2° à la structure psychique du sujet,
consciente, ou inconsciente.

Or ce sont là des explications non seulement diverses, mais dans une certaine mesure divergentes.

(1) V. plus haut, page 23. « Chaque tendance a une composante négative, et réciproquement, comme l'indique la théorie de l'ambivalence ».

Est-ce l'expérience qui détermine les fonctions psychiques ? (Schématiquement : on aime et on hait parce qu'il y a des roses et des épines). Est-ce au contraire la structure du psychisme qui donne à l'expérience ses diverses nuances ? (il faut pouvoir aimer pour comprendre la rose et pouvoir haïr pour détester les épines). Question subsidiaire : cette structure est-elle accidentelle, conditionnée à chaque instant par nos dispositions du moment ? (j'aime la rose et ne remarque guère ses épines si je viens de toucher un chardon), est-elle essentielle ? (je ne saurais aimer la rose sans haïr en même temps quelque chose : ses épines, ou les autres fleurs que je méprise à côté d'elle).

BLEULER, à notre connaissance, n'a jamais précisé nettement sa théorie. Au contraire, il semble que sa pensée s'est toujours partagée entre deux tendances dont l'une consisterait à rendre compte des phénomènes psychiques du dehors, si l'on peut dire, l'autre du dedans. Cette dualité de vues existe d'ailleurs dans la psychologie au début du XX^e siècle, et il n'est pas surprenant qu'on la retrouve chez un psychiatre s'il s'aventure sur le terrain des théories. Peut-être faut-il voir là une des alternatives fondamentales qui se sont toujours offertes à la pensée humaine en quête d'explications, et dont la trace se retrouve toujours chez les théoriciens qui n'ont pas voulu systématiquement en éliminer l'un des termes. Mais pour BLEULER, en outre, pourrait se poser cette question : nos tendances se manifestent-elles de façon in-

telligible, motivée, suivant un mécanisme dont la conscience peut rendre compte, ou ont-elles une vie indépendante de notre volonté lucide et de notre pensée claire ? Sur ce point, nous l'avons vu, il n'a pas pris parti, et il admet plusieurs « racines » de l'ambivalence dans la pensée normale. Cette impartialité ne va pas sans un certain dualisme dans ses conceptions, dualisme dont nous allons essayer de voir l'origine.

L'œuvre de Bleuler mériterait certainement d'être l'objet d'une étude spéciale et approfondie, mais qui nous écarterait singulièrement du cadre de ces modestes recherches. C'est donc fort superficiellement que nous envisagerons ici l'évolution de sa pensée, uniquement en ce qui concerne l'ambivalence.

Sans doute il n'est pas question d'expliquer ce qui constitue le génie personnel d'un homme, mais de montrer les influences qui l'ont orienté. Or, pour interpréter les faits que l'observation clinique lui apportait, BLEULER a eu connaissance des doctrines de Kraepelin d'une part, et d'autre part, l'un des premiers il a connu les hypothèses de Freud et a compris leur importance.

FREUD nous dit à ce sujet : « Après 1906, on apprit que les psychiatres de Zurich, E. BLEULER, son assistant C. G. JUNG et d'autres portaient un vif intérêt à la psychanalyse. Des relations personnelles se nouèrent : en 1908 à Pâques, les amis de la science nouvelle se rencontrèrent à Salzbourg, décidèrent le

retour régulier de ces congrès privés et la fondation d'une revue » ¹ (le Journal des Recherches Psychopathologiques et psychoanalytiques, dont JUNG était le rédacteur en chef, les éditeurs BLEULER et FREUD, et dont la publication fut interrompue par la guerre).

Donc dès avant 1906, BLEULER et JUNG avaient connu les idées de Freud. La première édition de l'ouvrage de Bleuler « Affectivité, suggestibilité, Paranoïa », en 1906, rend hommage à plusieurs reprises à la doctrine nouvelle. De même, JUNG dans la Préface de sa « Psychologie de la Démence Précoce » (1907) mentionne l'influence exercée sur ses recherches par BLEULER et par FREUD.

Toutefois le mot ambivalence est encore absent du vocabulaire. Il est curieux, sous ce rapport, de remarquer que dans la 2^e édition de l'ouvrage « Affectivité, Suggestibilité, Paranoïa » en 1926, BLEULER a conservé l'essentiel du texte primitif, mais ajouté le paragraphe qui concerne l'ambivalence, et les divers fragments qui s'y rapportent, montrant ainsi que cette notion est venue tout naturellement s'insérer dans ses conceptions sans les bouleverser, en les complétant.

Dès 1904, BLEULER ² avait remarqué l'importance des associations par contraste dans la démence précoce, les phénomènes obsessionnels, l'hystérie; l'association par contraste est un fait normal, mais qui

(1) FREUD. Ma vie et la psychanalyse, p. 76. Trad. Marie BONAPARTE, Paris, 1930.

(2) BLEULER. Die negative Suggestibilität, ein psychologische Prototyp des Negativismus, der conträren Autosuggestion und gewissen Zwangsideen (Psych. Neurol. Wochenschr., 1904).

prend chez ces malades une telle prépondérance qu'il entraîne ce que BLEULER a nommé « suggestibilité négative ». Ces idées sont reprises et développées par JUNG¹. Il semble bien que c'est cette association par contraste qui deviendra l'ambivalence, par un effort toujours croissant de compréhension du mécanisme de la pensée morbide.

Ce n'est point faire injure à Kraepelin que de remarquer que son œuvre était plus descriptive qu'explicative.

La plupart des psychiatres voulant rendre compte des symptômes de la D. P. les rattachaient aux lois de la vie mentale, alors connues : lois de l'association des idées en particulier. BLEULER tirant parti des idées de Freud ira plus loin dans l'interprétation des faits : « En édifiant sa doctrine de la schizophrénie, « écrit H. CLAUDE, BLEULER a cherché surtout à se « détacher des apparences extérieures, à pénétrer les « raisons internes de la maladie. Sa méthode de diagnostic (et dans une certaine mesure de classification au sein même du syndrome) est médiate, non « immédiate, son investigation creuse en profondeur, « ne se répand pas en surface. Elle tâche à s'installer en dedans de la conscience morbide comme « BERGSON avait fait pour la conscience normale, en « la vivant, en se laissant aller au « flot », à « l'« élan » de ces vies anormales, en essayant de « les revivre selon l'expression de mon collaborateur « P. SCHIFF. La psychologie de Bleuler est une vue

(1) *Über die Psychologie der Dementia Praecox*, 1907.

« de l'intérieur, elle examine du médecin au malade,
« alors que celle de Kraepelin (surtout à l'origine)
« est une vue de l'extérieur, du malade par rapport
« au médecin. On pourrait encore dire que la mé-
« thode de Kraepelin est analytique, celle de Bleuler
« sympathique » ¹.

BLEULER a reconnu à diverses reprises la solidarité de sa théorie de l'ambivalence et des conceptions freudiennes. Dans son « Lehrbuch der Psychiatrie », il dit expressément que l'ambivalence, le refoulement et l'inconscient, sont des notions liées. « La plupart des conflits pathogènes résultent de tendances qu'on ne voudrait pas suivre et qu'on ne peut pas repousser ². Les tendances rejetées par le moi ne sont pas réprimées complètement et se manifestent de façon détournée : d'où l'ambivalence. Et tout récemment, en réponse à un article fort obscur critiquant l'ambivalence (et dont nous n'avons rien pu retenir de précis) BLEULER écrit : « L'auteur ne veut pas entendre parler de l'inconscient, cet inconscient sans lequel les chapitres les plus importants de la psychopathologie actuelle sont incompréhensibles » ³. Il est donc indiscutable que la théorie de l'ambivalence n'a de sens qu'avec la théorie de l'inconscient.

(1) Henri CLAUDE. Démence précoce et schizophrénie, p. 31. *Rapport au Congrès de Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Genève, Lausanne, 2-7 août 1926*).

(2) BLEULER. l. c., p. 366.

(3) BLEULER. Bemerkungen zu dem obstehenden Artikel, von Dr ROENAU. *Zeitschr. f. die Ges. Neur. u. Psych.*, 1937, p. 166-168.

D'autre part, l'affectivité apparaît de plus en plus pour Bleuler le fondement essentiel du psychisme. L'ambivalence devient pour lui surtout l'ambivalence affective. Nous avons vu que dès 1911 il soulignait l'unité des formes simples de l'ambivalence : manifestations dans des domaines divers du psychisme d'une même opposition. Or c'est comme trouble de l'affectivité qu'en 1926, au Congrès de Genève-Lausanne, il mentionnera l'ambivalence. En 1936, il écrit (dans la réponse à l'article du Dr ROENAU dont nous parlions ci-dessus) : « Nous nommons ambivalence l'existence de plaisir et de déplaisir concernant une même représentation »¹. C'est donc l'ambivalence affective qui constitue la véritable ambivalence, et cette prépondérance accordée à l'affectivité, sans être le privilège de la psychologie freudienne, en est bien caractéristique. Il faut reconnaître que le mot « Affekt » est un terme dont le sens est très large. L'« Affekt » pour BLEULER « est à l'origine de nos sentiments, de nos volitions, de nos idées »². C'est le mot tendance qui nous paraît le traduire le mieux. C'est donc dans une structure déterminée des tendances que se trouve l'origine de l'ambivalence, chaque tendance, comme BLEULER le dit à propos de l'ambivalence volontaire, ayant une composante négative et une composante positive³. Il s'oriente donc nettement vers une psychologie où la structure mentale, et affective, joue un rôle essentiel.

(1) I. c.

(2) Affektivität, Suggestibilität, Paranoïa, 1926, p. 28.

(3) V. plus haut, p. 23.

Dès lors, cette structure que révèle la Schizophrénie n'est pas la conséquence de cette maladie, mais peut se rencontrer ailleurs. Non seulement il y a une ambivalence normale, nous l'avons vu, mais l'ambivalence est apparente dans beaucoup d'affections mentales, sous sa forme affective.

Dans les Névroses, l'ambivalence constitue une grande partie des Symptômes. Les complexes ambivalents sont fréquents en Pathologie, et se manifestent ouvertement dans la Schizophrénie¹. « Chez les névrotiques et les schizophrènes l'ambivalence est constante. Les schizophrènes aiment et haïssent en même temps »². Et normalement, chez l'enfant, l'ambivalence éclate au moindre prétexte. « Si on donne à un enfant un bonbon en faisant sentir qu'on attend sa joie et sa reconnaissance, c'est le contraire qui se produit »³. Quant à l'adulte normal, il manifeste son ambivalence dans le rêve, la poésie⁴. Toutes ces idées nous montrent la parenté des conceptions de Bleuler avec les théories de Freud.

Néanmoins l'autre courant que nous avons signalé dans sa pensée, celui qui le porte à expliquer l'ambivalence par les propriétés de l'objet ou les aspects opposés qu'une même représentation peut prendre dans la conscience suivant le biais par lequel on l'envisage, subsiste. C'est ainsi qu'il écrit :

« Beaucoup de mères sont ambivalentes à l'égard

(1) BLEULER. Lehrbuch der Psychiatrie, 1913-30, p. 83, 86, 286.

(2) BLEULER. Affektivität, Suggestibilität, Paranoïa (1926, p. 29).

(3) BLEULER. Lehrbuch der Psychiatrie, p. 86.

(4) BLEULER. *Ibid.*

de leur enfant, l'aiment comme étant d'elles, le détestent comme étant du père qu'elles n'aiment pas. L'homme normal, dans des cas analogues, fait un bilan *des qualités et des défauts*¹, aime un peu moins à cause des défauts mais aime pourtant, ou abandonne la personne aimée si ses qualités ne surpassent pas ses défauts : même s'il en reste une blessure morale. l'histoire est terminée. Mais le schizophrène laisse les deux sentiments vivre côte à côte. Un schizophrène peut avoir l'hallucination de tuer ses enfants, ou les tuer, et déplorer leur mort. Il fera tout pour pouvoir rencontrer la personne aimée, avec qui il a rompu, et tout en même temps pour empêcher cette rencontre »².

Et récemment encore, il a repris les mêmes idées : « Nous constatons que deux nuances opposées d'une même représentation... peuvent avoir *deux effets*¹ distincts, et cependant inséparables, formant un tout. On appelle ambivalence cette unité : par exemple une mère a des hallucinations lui montrant la mort de son enfant et elle s'en réjouit et pleure en même temps, l'enfant étant son enfant mais aussi celui d'un père détesté. Ou encore le rire et les pleurs, se mélangent sur le même visage »³. On voit bien ici en quoi de telles paroles s'éloignent du point de vue des doctrines freudiennes : car pour FREUD, les « effets » seraient cause, en d'autres termes l'ambiva-

(1) C'est nous qui soulignons.

(2) Affectivität, Suggestibilität, Paranoïa, 1926, p. 29.

(3) Zeitschr. f. die Ges. Neurol. u. Psych., 1937.

lence serait l'origine de l'hallucination et non sa conséquence.

Le terme *unité* pourtant est inattendu, il nous fait penser que cette association des tendances opposées est un tout, primitif. Et cette impression se confirme, car ce passage continue ainsi : « Cet amalgame de tendances peut être plus ou moins intime, il y a tous les passages du conflit normal des tendances à l'unité parfaite. La véritable unification de tendances opposées ne se rencontre que chez le schizophrène et dans le rêve. Mais chez une personne normale éveillée, nous parlons déjà d'Ambivalence quand les deux tendances arrivent à la fois à la conscience » (ibid). C'est donc en définitive à la structure des tendances, à leur « conflit normal » que BLEULER se réfère, pour y voir l'origine de l'ambivalence. Il n'en est pas moins vrai que l'oscillation entre deux systèmes d'explications différents subsiste dans cette œuvre. Et sans doute l'auteur se contente-t-il de définir l'ambivalence comme le fait que « deux tendances opposées arrivent à la fois à la conscience », ou tout au moins se manifestent, sans vouloir préciser absolument ce point délicat : ces tendances sont-elles la cause des événements en rapport avec lesquels elles se manifestent, ou en sont-elles la conséquence ? Il estime peut-être que cette question est insoluble, et qu'en l'état actuel de la science, il faut, pour prendre parti entre ces deux explications, négliger forcément certains faits. Psychiatre et non créateur de systèmes, BLEULER ne se croit pas obligé de mutiler la réalité pour en tirer une théorie parfaitement limpide.

Mais on ne saurait s'étonner que la richesse même de cette œuvre où se confondent des perspectives si diverses, ait donné lieu à de multiples interprétations. Dans l'ambivalence, tout spécialement, chacun a vu, a trouvé, ce que ses théories le portaient à comprendre. Nous allons examiner quelle a été la destinée de l'ambivalence dans la psychiatrie contemporaine.

IV

L'AMBIVALENCE

D'APRES LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

Le destin du terme créé par BLEULER a été, pourrait-on dire, glorieux, car il n'est guère aujourd'hui un ouvrage de Psychiatrie où l'ambivalence ne figure en quelque place. Mais cette place qu'on lui réserve est plus ou moins grande suivant les tendances de l'auteur.

On peut distinguer, pour simplifier la question en négligeant les nuances des écoles, deux grandes tendances parmi les psychiatres contemporains :

a) les uns refusent d'admettre les doctrines de Freud; nommons-les des traditionnalistes, ou d'un mot qui leur paraîtrait sans doute préférable, des classiques;

b) les autres ont accepté les idées de Freud. Ce sont les psychanalystes, et ceux qui reconnaissent la primauté de la psychanalyse.

Fort nombreux sont ceux qui, sans méconnaître l'importance des découvertes de Freud, ne peuvent les accepter entièrement. Mais nous avons intérêt ici à schématiser des attitudes extrêmes.

L'AMBIVALENCE DANS LA PSYCHIATRIE CLASSIQUE

Pour nous faire une opinion sur cette question, nous avons dû donner au mot classique son sens le plus étroit et chercher dans ces ouvrages où l'étudiant, voire même le profane vont se renseigner sur les points essentiels d'une science, nous voulons dire dans les Manuels, Précis, ou même Traités, quelle place était faite actuellement à l'ambivalence.

La plupart des Manuels mentionnent le symptôme et son nom (il s'agit bien entendu de ceux qui ont été écrits depuis une quinzaine d'années). C'est surtout l'ambivalence simple de BLEULER, sous l'un ou l'autre de ses aspects, qui a paru retenir l'attention, généralement comme un caractère de la Démence Précoce. En France, LÉVY-VALENSI cite l'ambivalence à côté du syndrome du Ganser. DIDE et GUIRAUD lui consacrent un paragraphe dans leur chapitre sur l'hébéphrénie. Nous avons consulté deux Manuels de langue anglaise. Les anglais HENDERSON et GILLESPIE¹ donnent de l'ambivalence cette définition : « existence dans la conscience de deux idées ou sentiments contraires, qui ne peuvent être vrais ensemble mais sont admis à coexister sans que le patient rejette un des deux ». Ils la signalent dans la Mélancolie (idées de mort et d'immortalité, ce que nous nommerions syndrome de Cotard) et dans la Schizophrénie. JELLIFFE

(1) A Text Book of Psychiatry, Oxford University Press, 1927.

et WHITE, auteurs américains, parlent de l'ambivalence des idées et de l'ambitendance, qui leur paraît expliquer la fluctuation caractéristique de la psychose maniaque dépressive, et le négativisme de la Démence Précoce¹. En Allemagne, nous trouvons une attitude comparable dans le Traité de Bumke, où Hans Gruhle étudie la Psychopathologie de la Schizophrénie². Après avoir décrit l'attitude caractéristique et déjà observée par KRAEPELIN du schizophrène qui, lorsqu'on lui tend la main, avance la sienne, la recule, s'arrête, il déclare que cette variation de l'impulsion en deux sens contraires a été nommée ambivalence, et qu'au delà de ce jeu d'impulsions et de contre-impulsions, le nom d'ambivalence a été donné aussi aux sentiments qui oscillent entre l'état positif et l'état négatif. Mais cet auteur dit justement que l'idée d'ambivalence n'est pas encore tout à fait claire, qu'on en discute le sens et qu'on sait moins encore ce qui produit l'ambivalence. En ce qui concerne les premières de ces affirmations, elles sont justifiées par la confrontation des opinions que nous venons de rapporter. La dernière apparaîtra sans doute également fondée si nous nous demandons comment on l'explique l'ambivalence.

I. — EXPLICATION PHYSIOLOGIQUE.

Un certain nombre d'auteurs considérant que les maladies mentales sont des maladies cérébrales ou

(1) Diseases of the Nervous System. Philadelphia, 1935.

(2) Handbuch der Geisteskrankheiten, Bumke (Berlin, 1932, V. Teil, p. 199).

tout au moins nerveuses ont pensé que l'ambivalence pourrait s'expliquer comme une conséquence de certaines lois neurologiques. On invoque surtout ici les travaux de Sherrington : pour un mouvement donné, on distingue deux groupes de muscles, les agonistes et les antagonistes. Quand une contraction musculaire même réflexe s'accomplit, « cette contraction utilise normalement des groupes physiologiques de muscles, tous les extenseurs ou tous les fléchisseurs d'un membre, tous les muscles inspireurs ou expirateurs, et elle s'accompagne en vertu d'une loi posée par SHERRINGTON du relâchement du tonus dans les muscles antagonistes de ceux qui agissent » ¹.

Cette « coordination de réflexes s'expliquerait par la loi d'irradiation et par les connexions anatomiques phylogénétiquement établies entre les centres... » ¹.

C'est à cette innervation simultanée ou successive des Agonistes et des Antagonistes, que l'on suppose exister à tous les degrés de l'activité, que certains auteurs ont cru pouvoir ramener l'Ambivalence ². On rendrait compte ainsi à la fois de l'ambivalence normale (hésitation, choix) et de l'ambivalence pathologique; dans ce dernier cas, il suffirait en effet de supposer que l'innervation se trouve, par suite d'une lésion des centres nerveux, porter alternativement à de brefs intervalles, ou simultanément, sur les Agonistes et les Antagonistes. On comprend aisément comment l'ambitendance en résulte et même toute

(1) DUMAS et PRÉRON. L'excitation et le mouvement (in Nouveau Traité de Psychologie par G. DUMAS, Paris, 1932, II, p. 13).

(2) V. JELLIFFE and WHITE, GRUHLE. 1. c.

ambivalence, si on veut bien admettre comme le disent JELLIFFE et WHITE que, dans le psychisme « un symbolisme psychologique se trouve remplacer les neurones sensitifs et moteurs ».

En faveur de cette hypothèse on peut citer :

1°) La coexistence de signes d'irritation pathologique des centres nerveux et du syndrome schizophrénique, dont l'ambivalence fait souvent partie. Schizophrénie et épilepsie se succèdent ou parfois même coïncident. On connaît bien des faits de ce genre, mais nous pouvons y ajouter l'observation intéressante et récente d'un malade traité à la clinique à Ste-Anne.

R... Louis, ébéniste, 32 ans, entre à la clinique le 7 janvier 1937.

Certificat d'entrée :

« Est atteint d'un syndrome de démence précoce. Inertie. Bradypsychie. Sentiment de fatigue générale. Délire mystique avec hallucinations de l'ouïe. Se dénude, pensant pouvoir voler. S'entend commander par Dieu. Stéréotypies verbales. Préoccupations hypocondriaques. Indifférence affective. Aversion et apragmatisme sexuels. Vagues idées de suicide. Encéphalite épidémique en 1926. Déjà interné (1929) ».

Certificat immédiat. 1^{er} Janvier 1937 :

« Débilité mentale avec évolution schizophrénique. Idées délirantes multiples et instables. Tendances obsédantes et impulsives, sentiment d'étrangeté, stéréotypies motrices et idéiques. Indifférence profonde. Inachèvement de la pensée ».

Le 9 janvier, le malade interrogé par le D^r MICOURD raconte avoir reçu il y a 3 ans une grosse pierre de 15 kgs environ sur la tête. Elle serait tombée d'une hauteur de 3 ou 4 mètres et l'aurait atteint dans la région temporale

droite, où l'on ne remarque d'ailleurs aucune trace actuellement. Il tomba, et perdit connaissance, mais se releva lui-même et cet accident ne parut avoir comme suite qu'une plaie superficielle. Depuis, dit-il, « j'ai toujours eu des troubles, par périodes, de 15 jours, ça s'arrêtait, ça me reprenait, c'était des absences de mémoire, des arrêts de facultés ».

Le malade ne peut définir ces troubles de la mémoire, il se contredit, approuve puis dénie, ou nie puis affirme. Exemple : « Avez-vous eu des crises d'épilepsie ? R. : *Des crises d'épilepsie, oui, non, j'en ai pas* ». Cependant il répond affirmativement quand on lui demande s'il se mordait la langue au cours des crises, etc... Il approuve tout (alors qu'en fait, comme on le saura, il n'a eu qu'une crise et sans morsure de la langue). Au cours de cette conversation on note d'autres réponses ambivalentes. Q. : « Il pleuvait ce matin ? R. : *Il pleuvait pas ce matin, si, il pleuvait ce matin* ». (En fait il ne pleuvait pas).

La suite de l'interrogatoire et l'enquête confirment les faits suivants : le malade a bien reçu une pierre sur la tête, mais en 1924. Depuis, il a eu une crise d'épilepsie typique, et des équivalents multiples et fréquents. Il paraissait parfois « empoté » et pour cela a été réformé. Ce sont les médecins qui à ce moment ont parlé d'encéphalite ancienne probable, mais il s'agissait déjà des suites du traumatisme. A la clinique, le malade est traité par le gardénal : les équivalents disparaissent. Une radiographie du crâne fait envisager une intervention chirurgicale. Le malade est mis en liberté pour être opéré, le 18 février. L'intervention n'ayant pas été faite, il revient à la clinique le 22 mars 1937, présentant les mêmes troubles. En Avril il subit une trépanation décompressive au Pavillon de Chirurgie de l'Asile. Et il sort guéri le 1^{er} juillet 1937 avec le certificat suivant :

« Epilepsie psychique post-traumatique. Guéri après trépanation décompressive. Peut être rendu à sa mère qui le réclame. A mettre en liberté » (Signé : D^r MICOUR).

Cette observation montre comment l'ambivalence peut être provoquée par une irritation des centres nerveux et disparaître avec cette cause.

Faut-il enfin rappeler que les traitements récents de la schizophrénie (insuline, cardiazol) par une série de crises d'épilepsie provoquées peuvent être conçus comme détruisant ou bouleversant à coup sûr certaines voies de frayage anormales créées dans les centres nerveux ?

2° Certaines intoxications avec influence élective indiscutable sur les centres nerveux supérieurs entraînent une attitude schizophrénique, ambivalence comprise. Nous citerons ici des passages de la curieuse auto-observation de MORSELLI¹. Au cours de cette intoxication par la mescaline, provoquée dans un but expérimental, il note des impressions qui nous paraissent évoquer ce que peut être l'état d'esprit d'un schizophrène :

« Je suis obligé de constater, en un état d'esprit qui devient toujours plus troublant, que l'expérience que j'ai jusqu'alors voulu accomplir et que j'ai conduite, échappe à présent à mon contrôle, qu'elle tend même à me forcer la main et à s'emparer de moi.

« Les contradictions les plus diverses se disputent le champ de ma conscience. Entre les données de mon imagination et celles du réel se dessine mieux qu'un antagonisme, un conflit, comme si l'activité subjec-

(1) G. E. MORSELLI. Contribution à la psychologie de l'intoxication par la Mescaline. Le problème d'une Schizophrénie expérimentale. (Journal de Psychologie normale et pathologique, Mai-Juin 1936, p. 368-392).

tive cherchait à éliminer l'objective. De plus, l'activation de tout élément idéal, volitif, affectif se double immédiatement dès qu'elle s'annonce, déterminant le développement simultané de cet élément et de son opposé. Je réagis avec énergie contre les tendances et les conceptions les plus absurdes et paradoxales qui, de la sorte, s'établissent en moi. » (l. c. p. 381).

« A de certains moments enjamber le balcon et du second étage appuyer mes pieds sur le pavé de la rue me semblait la chose la plus naturelle; quelques moments après je me rendais compte avec frayeur de ce que j'allais faire et m'éloignais du balcon » (l. c. p. 383).

Des tendances agressives contre les personnes qu'il voit et contre le professeur VERCELLI près de qui il est allé chercher secours se manifestent par moments, aussitôt rejetées par la faculté de contrôle qui demeure en lui. Une fois la crise passée, pendant plusieurs semaines encore, un vestige de cette dangereuse expérience subsiste : MORSELLI a peur d'un tableau qui se trouve dans son cabinet de travail, une copie d'un Titien, « L'inconnu du Palais Pitti », qui lui paraît vivant et redoutable. « Comme si j'étais en un état *d'ambivalence* (BLEULER), je savais que cet homme n'existait pas et simultanément j'y croyais, ou bien si l'on préfère je me conduisais comme quelqu'un qui « sait » et qui est poussé à ajouter foi à cette existence malgré lui et malgré sa lucide connaissance » (l. c., p. 390-391).

Si l'ambivalence peut naître d'une intoxication, ajoutons enfin que les partisans d'une explication physiologique de ce phénomène pourraient invoquer encore les lésions nerveuses observées à l'autopsie dans la schizophrénie, et dont l'existence peut justifier l'hypothèse d'une origine organique de cette affection et de ses manifestations. L'aspect physique des D. P. eux-mêmes témoignerait, selon certains, de vices de constitution héréditaires et cette « dysplasie corporelle » serait cause de l'ambivalence, « conséquence d'une synthèse irréalisable » chez un être dont les fonctions sont entachées du vice de « l'inadaptabilité les unes par rapport aux autres » ¹ et qui par suite reste toujours hésitant et défiant.

Mais ces explications ne nous paraissent pas satisfaisantes, et nous résumerons rapidement les objections qu'elles nous paraissent soulever.

Il y a un écart énorme entre les faits invoqués et les phénomènes à expliquer (à peu près comme entre ce que l'on connaît de l'anatomie pathologique, ou de la physiologie pathologique de la Schizophrénie et cette maladie elle-même).

La loi de l'innervation des Agonistes et des Antagonistes, en particulier, n'est une *loi* que pour certains mouvements simples voisins des réflexes. Pour les actes complexes par lesquels se manifeste l'Ambitendence et à plus forte raison pour la pensée, cette « loi » n'est plus qu'une extrapolation sans valeur scientifique.

(1) BOVEN. La complexion des schizophrènes, faits et hypothèses touchant les rapports du physique et du moral dans la schizophrénie. Ann. Méd. Psychol., 1926.

Même si nous connaissions la base organique de l'ambivalence, il resterait à en donner la « traduction » psychique, à en faire la psychologie si l'on veut. Les lésions organiques sont une condition des troubles psychiques, ne les constituent pas en tant que tels. Cet effort de *compréhension* d'un symptôme psychique, autant que l'insuffisance des théories psychiques justifie une tentative d'explication psychologique.

II. — EXPLICATION PSYCHOLOGIQUE.

La psychiatrie classique essaye d'expliquer l'ambivalence en la rapprochant des phénomènes qui dans la pensée normale peuvent lui être comparés : doute, hésitation, oscillation entre le oui et le non, le pour et le contre ¹. Et c'est BLEULER lui-même qui lui avait montré la voie en cherchant les racines de l'ambivalence, dans la pensée normale : il avait, en effet, invoqué l'existence de certains faits conscients, dépendant, comme nous l'avons dit, soit des propriétés diverses des objets soit des dispositions variables et justifiables du sujet à l'égard de l'objet. Une fois l'ambivalence rapprochée de ces faits bien connus, on l'explique par une sorte de passage à la limite : le oui ou le non, entre lesquels l'être normal hésite longtemps, mais finit par se décider, sont à jamais liés l'un à l'autre, dans une perpétuelle succession, pour le malade. Quant aux sentiments, alors que s'ils

(1) Voir en particulier, GRUHLE, l. c.

sont opposés, ils doivent chez le normal se succéder (et on le constate aisément), chez le schizophrène, ils existent *simultanément*.

On peut seulement se demander si faisant appel à un fait connu et pensable pour expliquer une chose impensable constitue une véritable explication. A notre avis, il y a autant de différence entre les faits normaux invoqués et l'ambivalence décrite qu'entre les qualités physiques de l'hydrogène et l'oxygène d'une part, et celles de l'eau d'autre part. On a beau savoir que c'est vraiment avec ces deux gaz que l'eau est faite, on ne saurait sentir ce qu'elle est si on ne connaissait que ses éléments. Nous voyons bien qu'il y a dans l'ambivalence le oui et le non, l'amour et la haine, mais à partir des faits invoqués nous ne *sentons* pas ce qu'elle est. Ce n'est pas dans la pensée consciente, logique, que nous pouvons trouver de quoi comprendre l'ambivalence.

Nous mentionnerons ici une théorie qui ne se rapproche des précédentes qu'en raison de la classification sommaire que nous avons adoptée : celle de PIERRE JANET¹. Il rapproche l'ambivalence de l'inversion des sentiments qu'il a depuis longtemps décrite; mais, dit-il, elle s'en distingue parce que le sujet se plaint de l'inversion des sentiments alors qu'il ne remarque pas l'ambivalence. Cela tient peut-être comme le dit MINKOWSKI, au fait que ces malades sont indifférents au réel, alors que la contra-

(1) Pierre JANET. De l'Angoisse à l'Extase, tome II, p. 633-4 (Paris 1928).

diction n'a d'importance que dans l'action. Mais il y a quelque chose de plus, c'est « la disparition du besoin d'unification, de la tendance à systématiser par la construction d'un sentiment d'ensemble, même monstrueux ».

Chez un homme normal, « les témoins ne remarquent pas le phénomène de l'ambivalence parce que le sujet n'exprime pas les deux sentiments isolément, il les combine dans un sentiment mixte ». Le psychasthénique arrive mal à faire cette synthèse, il dit qu'il a des sentiments monstrueux et qu'il est dépravé. Il y a ambivalence quand la synthèse ne se fait plus. Ce phénomène s'explique par une « régression de la conduite des sentiments ». Cette conduite n'est plus une synthèse de tendances diverses. Les sentiments élevés, complexes, mixtes, se construisent en effet comme se construisent les actes intellectuels élémentaires. Rappelons la pittoresque définition que PIERRE JANET a énoncée souvent dans ses cours et dans ses écrits : l'intelligence est une conduite en zig-zag, une conduite qui est fonction de deux (au moins) ou plusieurs objets. Le loup veut le mouton, mais craint le chien. Le loup intelligent louvoie entre ces deux tendances : approcher du mouton et rester loin du chien. Sa conduite est construite avec ces deux tendances. Les sentiments complexes obéissent au même développement synthétique que la conduite intelligente. L'ambivalence est la conséquence d'une dissociation des tendances, c'est donc en défi-

nitive une régression au stade le plus primitif de l'organisation affective ou intellectuelle.

Cette ingénieuse théorie peut donner satisfaction sur bien des points, sans faire appel à l'hypothèse de l'inconscient. Mais si l'on rejette l'inconscient, il faut d'autres hypothèses, et c'est en rapport avec la notion de tension psychologique que PIERRE JANET expliquerait la dissociation des tendances.

Il nous faut examiner maintenant la théorie de l'ambivalence dans la doctrine psychanalytique.

L'AMBIVALENCE D'APRES LES DOCTRINES PSYCHANALYTIQUES

Il est indiscutable que bien des faits qui furent nommés ensuite « ambivalence » étaient décrits par FREUD avant 1911. Nous n'en donnerons comme exemple que les cas du petit Hans, de l'Homme aux Rats, de l'Homme aux loups, publiés par FREUD en 1909¹. Le terme dont la paternité revient à BLEULER a donc naturellement été adopté par FREUD et ses disciples. Que désigne-t-il pour eux ?

— Il est évident que nous ne pouvons songer à exposer ici les théories de FREUD; mais nous les supposons connues dans leurs grandes lignes, car l'ambivalence est partie intégrante du système.

L'ambivalence est une forme primitive de la vie psychique : la pensée de l'enfant, celle du primitif, la pensée qui se traduit dans le rêve, les névroses, les psychoses, la pensée inconsciente enfin, manifestent l'existence de composantes positives et négatives, opposées, d'une même tendance. Désir et crainte, amour et haine, se rencontrent inévitablement dans le complexe qui se forme à propos d'un objet.

Rappelons ici le tableau extrait d'une publication d'Abraham par LACAN² et reproduit dans sa thèse;

(1) FREUD. Cinq psychanalyses, Trad. BONAPARTE-LOEWENSTEIN, Paris, 1935. — A vrai dire, dès ses études sur l'hystérie (1893-1895) FREUD avait signalé des faits de ce genre.

(2) LACAN. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Thèse, Paris, 1932.

on y voit que l'ambivalence règne jusqu'au stade d'achèvement génital qui chez l'être normal succède, une fois la puberté accomplie, à une longue évolution commencée dès la naissance. Telle est aussi la conclusion qui ressort du Précis de Nunberg¹.

Une question se pose : y a-t-il, comme le pense ABRAHAM un stade pré-ambivalent, stade d'auto-érotisme, stade oral primaire, où l'enfant n'a pas encore la notion de l'objet et où toute son activité comme sa satisfaction se résument dans le fait de têter ? NUNBERG n'est pas de cet avis et déclare, ce qui nous paraît assez sensé, que « nous ne sommes pas encore en mesure de déterminer si exactement les choses » ; dans ce domaine il ne peut en effet être question que d'hypothèses. Tout le monde admet en tous cas que l'ambivalence apparaît très tôt chez l'enfant ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point.

Comment se manifeste l'ambivalence de l'enfant ? Dans la psychanalyse du petit Hans qui date de 1909², FREUD avait signalé chez l'enfant (âgé de 5 ans) une attitude contradictoire envers son père qu'il bat parfois pour embrasser aussitôt après l'endroit battu. Les faits anormaux ne diffèrent qu'à quelques égards de faits bien connus et que l'éducation réprime chez les enfants : gestes menaçants ou rébellion, menaces de mort, cruauté, tendant à prouver que l'enfant est capable de haine, comme il est ca-

(1) NUNBERG. Allgemeine neurosenlehre auf psychoanalytischen Grundlage (Bern-Berlin, 1932).

(2) FREUD. Cinq psychanalyses (Trad. BONAPARTE-LOEWENSTEIN, Paris, 1935).

pable d'amour et, faudrait-il dire, *en même temps* que d'amour. C'est un des aspects de la « perversion » de l'enfant, perversion d'ailleurs normale. L'enfant est en effet capable de faire tout ce que nous considérons comme ne devant pas être fait, dans la mesure de ses moyens. C'est l'éducation, et l'évolution psychique qui l'accompagnent, qui amènent l'enfant peu à peu à l'état de l'adulte normal, chez lequel les tendances indésirables de l'enfance, convenablement refoulées, sont devenues inconscientes sans que leur énergie dérivée ou sublimée entraîne aucun désordre du comportement. Du même coup l'ambivalence a disparu ou ne se manifeste que pour des faits insignifiants.

L'ambivalence reparaît donc par régression à un état inférieur, ou par fixation à un stade primaire, des tendances de l'être.

Quelle est l'origine de l'ambivalence de l'enfant, prototype de toute ambivalence ?

Il nous semble, bien que ce problème reste encore obscur, que trois solutions principales ont été proposées :

1° L'ambivalence de l'enfant a son origine dans une indétermination sexuelle qui ne prendra fin qu'avec une liquidation normale du complexe d'ŒDIPE (sur lequel nous ne croyons pas avoir à insister). C'est en effet seulement par ce moyen que le garçon peut évoluer vers la virilité, la fille vers la féminité.

Nous empruntons à un article de CLAUDE et LA-

FORGUE l'exposé suivant : si le complexe d'ŒDIPÉ évoluait mal, « à la suite de ce conflit, se développerait dans le caractère de l'enfant un élément « sexuel contraire à sa véritable nature »... « Il se forme de cette manière une bipolarité du caractère dont les énergies affectives, par cette sorte d'autosaturation, perdent de leur élan vers l'entourage »... « Il nous semble important d'insister sur cette dissociation bipolaire du caractère, dissociation qui expliquerait l'ambivalence caractéristique des individus qui à chaque sentiment positif opposent un autre négatif qui annihile plus ou moins complètement le premier. Il s'agit d'une conception dynamique qui expliquerait parfaitement bien comment les énergies affectives du sujet s'épuisent en des court-circuits et trouvent leur pôle opposé dans la nature du sujet même pour lequel l'ambiance est plus ou moins dépourvue d'attrait » ¹.

2° En dehors de toute détermination sexuelle proprement dite, on peut voir une deuxième origine de l'ambivalence dans la structure de la personnalité, qui reflète en partie les tendances acquises sous l'influence de l'éducation, en partie les instincts propres de l'individu.

En effet, dès les premiers mois de la vie de l'enfant, l'entourage s'efforce de discipliner les instincts sans contrôle du bébé. Il ne s'agit d'abord que de régler les heures de repas, de sommeil, etc.; mais bientôt on

(1) CLAUDE et LAFORGUE. Sur la schizophrénie et la constitution bipolaire du caractère schizoïde. *Evolution psychiatrique*, I, 1925, p. 27-36.

essayera d'obtenir de l'enfant, par exemple, la propreté, en l'amenant à ne pas souiller ses vêtements ou son corps, en lui inspirant des réactions de dégoût à l'égard de ses excréments. Mimique persuasive, caresses, objurgations, récompenses, ordres, menaces, punitions, seront, suivant les cas et les caractères, utilisés pour établir cette « morale » primitive, qui se continuera insensiblement plus tard par la morale tout court. Or, cette conduite, d'abord imposée, en désaccord avec les instincts primitifs, s'y intègre peu à peu jusqu'à devenir spontanée, *naturelle* : mais elle n'est cependant qu'une *seconde nature*, qui reflète plus le milieu social et surtout familial que les premières tendances de l'enfant.

Les psychanalystes nomment *Sur-Moi* ou *Sur-Je* cette partie de la personnalité, racine inconsciente de bien des aspects de notre conduite et de notre pensée. On conçoit qu'une éducation qui manque son but, au lieu d'intégrer à l'instinct primitif la nouvelle tendance créée, puisse déterminer un conflit au sein de la personnalité. L'individu alors aura toujours deux dispositions opposées à propos du même acte, et ne pourra vraiment s'adapter au milieu. Ed. PICHON a donné le nom de *schizonoïa* à cette forme d'ambivalence¹.

3° Mais il y a une autre source de l'ambivalence, plus primitive; la présence d'instincts agressifs à côté des instincts érotiques. En 1909, FREUD signa-

(1) PICHON et LAFORGUE. La notion de schizonoïa (in *Le Rêve et la Psychanalyse*, ch. VII, p. 173-210).

lait dans la « Psychanalyse du petit Hans », cet aspect agressif de l'instinct comme ce qu'il y a en lui d'efficace, lui permettant de vaincre les résistances pour se réaliser : « la capacité de mettre la motricité en branle » (l. c. p. 222); en somme l'agressivité aurait été au service de la libido. Mais uar la suite, FREUD¹ a été amené à distinguer deux groupes d'instincts primitifs : les instincts de vie, et les instincts de mort, ces derniers tendant au rétablissement de l'état inanimité alors que les premiers cherchent à atteindre la fusion de deux cellules germinales. Ceux-là tendent au plaisir; ceux-ci au néant; ceux-là construisent, ceux-ci détruisent. Cette dualité qui se manifeste au sein de tout être vivant et jusque dans sa structure même serait l'origine véritable de l'ambivalence.

Notons que cette troisième explication ne supprime pas les premières, elle les complète, la disposition ambivalente de l'enfant se trouvant accentuée et déterminée par l'éducation et le complexe d'ŒDIPE.

Mais alors, ce qui devient étonnant, c'est que l'ambivalence ne soit pas plus souvent présente, et il faut expliquer pourquoi elle n'existe pas toujours. En fait, nous croyons pouvoir interpréter la pensée de FREUD en répondant : l'ambivalence est bien partout présente, mais c'est une ambivalence normale. Il y a cependant une ambivalence anormale, ou plutôt des manifestations anormales de l'ambivalence. En effet,

(1) FREUD. Essais de Psychanalyse. Trad. JANKELEVITCH, Paris, 1929.

les instincts de vie et de mort, constructeurs et destructeurs, représentent les deux grandes forces qui conditionnent la vie et la pensée. Pour que la vie continue et se transmette, il faut que d'autres vies soient sacrifiées. Les instincts de l'homme traduisent cette loi inexorable, et pour qu'il soit né capable de vivre il faut qu'il soit né capable de tuer. Ses sentiments reflètent ces dispositions, et sa pensée même ne progresse que si elle est capable de nier, de critiquer, de refuser, de détruire, pour construire ! Aussi pourrions-nous dire qu'il est vrai que l'affirmation et la négation, l'hésitation, le doute, le choix, reflètent l'ambivalence, à condition d'ajouter qu'il s'agit de l'ambivalence normale. Car la normalité, c'est en définitive la subordination des instincts de mort aux instincts de vie, l'intégration de l'agressivité dans l'activité tendue vers la création. FREUD ne nous dit pas s'il a pensé comme certains philosophes que pour l'homme rassasié de jours, l'instinct de mort peut enfin reprendre ses droits et lui permettre de sortir de la vie « ainsi que d'un banquet »..

Mais dans cet édifice complexe que représente la personnalité humaine, l'équilibre est souvent menacé, et l'ambivalence anormale reprend alors ses droits. Celle-ci nous apparaît comme le conflit de ces deux instincts qui sont normalement subordonnés l'un à l'autre. Ce conflit diffère des oscillations normales de la pensée (doute, hésitation) en ce qu'il échappe, au moins en partie et sous sa forme véritable, à la conscience. La théorie de l'ambiva-

lence morbide ne se sépare pas des conceptions freudiennes de l'inconscient et de la personnalité, dans le détail desquelles nous ne voulons pas entrer. Très schématiquement, on peut dire que l'ambivalence naît de la présence dans la personnalité d'une tendance qui ne peut être admise par le Moi conscient dans la synthèse qu'il réalise à chaque instant, tendance qui est donc refoulée et se manifesterait indirectement : les résultats peuvent être variables en intensité et en gravité. Les uns font encore partie de la psychologie normale, rêves, lapsus, « actes manqués » révélateurs, décharges affectives, émotives ou passionnelles, instabilité, inquiétude dont la cause au premier abord échappe, renforcement paradoxal de la tendance consciente opposée. Les autres forment les symptômes névrotiques (hystériques, obsessionnels, etc...) ceux des psychoses, (hallucinations, délires, etc...) jusqu'à l'ambivalence typique du schizophrène, chez qui le conflit des tendances éclate ouvertement¹.

Aussi voit-on aisément quelle extension considérable peut prendre le terme d'ambivalence et à combien de faits différents il peut s'appliquer dans la littérature psychanalytique.

Si cette extension ne contribue pas à rendre la définition de l'ambivalence plus facile, elle a l'avantage de multiplier et même de découvrir les termes de comparaison entre les phénomènes normaux et

(1) Sur le « Je » schizophrénique et la fonction de synthèse du « Je », voir : R. LAFORGUE, *Relativité de la réalité*, Paris, 1937.

l'ambivalence morbide. Quiconque aura appris, grâce aux lumières que projette la doctrine de FREUD sur bien des faits jusque là peu observés, à reconnaître en lui-même ou chez les autres cette dualité que manifeste l'ambivalence pathologique est mieux préparé à la comprendre. Car ce n'est pas dans l'hésitation consciente entre le pour et le contre, mais plutôt dans l'aveugle force qui nous fait confondre un mot avec un autre, prononcer la parole que nous pensions taire, que nous pourrions sentir la réalité de l'ambivalence.

Et ce qui nous paraît concéder à la doctrine freudienne une supériorité nette sur celle de PIERRE JANET, ce n'est pas son armature théorique; au contraire, elle n'est pas toujours claire et souvent encore discutable. Mais elle nous a permis de mieux comprendre; et par comprendre nous ne voulons pas dire seulement, reconstruire intelligemment; car ainsi Descartes par la théorie des Tourbillons construisait un univers intelligible, mais faux. Comprendre, c'est serrer de plus près le réel, même peu intelligible. Par la théorie freudienne, nous apprenons à remarquer des faits négligés, à en découvrir de nouveaux, et c'est dans cette voie que nous avons alors non seulement une notion, mais un pressentiment, de ce que peut être l'ambivalence.

Mais de cette vue panoramique des diverses théories nous retirons aussi cette conclusion pratique :

L'utilité de préciser les divers sens du mot ambivalence et les cas pathologiques qu'il désigne.

CONCLUSION POSITIVE

LES DIVERSES FORMES DE L'AMBIVALENCE

Nous définirons l'ambivalence provisoirement comme : la coexistence chez une personne de deux *tendances* opposées en conflit. Car même quand ses manifestations sont plutôt intellectuelles, ou affectives, l'ambivalence est toujours une disposition des forces psychiques plus que de leurs effets. Nous proposons d'en distinguer trois formes.

a) L'ambivalence complète.

Dans ce cas les deux tendances opposées se manifestent *côte à côte* et pour ainsi dire indépendamment l'une de l'autre, tantôt juxtaposées ou se succédant très rapidement, tantôt à intervalles plus éloignés. Mais toujours la personne ne paraît donner la prépondérance ni à l'une ni à l'autre, si ce n'est accidentellement.

C'est l'ambivalence schizophrénique, très apparente pour l'observateur, et dont le malade ne paraît pas réaliser le caractère paradoxal ni même l'existence.

b) L'ambivalence incomplète.

Les deux tendances opposées sont toutes les deux perçues par le moi, se manifestent toutes les deux à la conscience. Mais l'une d'elles seulement est reconnue comme appartenant à la personnalité, l'autre est perçue comme inacceptable, étrangère à la personnalité.

L'exemple le plus typique de cette sorte d'ambivalence est l'obsession : le malade perçoit malgré lui et en la jugeant absurde la tendance qui, cependant, prouve sa vitalité en imposant à la conscience les idées, les sentiments, les impulsions qu'elle commande.

c) L'ambivalence latente.

Nous la nommons ainsi d'après le sens étymologique de l'adjectif latent (*lateo* — être caché). Cette ambivalence est en effet cachée à tous les regards : à l'observateur s'il s'en tient à une vue superficielle et au témoignage du malade; au malade, car elle existe sans qu'il en ait conscience. Il a conscience, par exemple, d'aimer, et ne soupçonne pas une minute que sa disposition à l'égard de l'être qu'il aime soit autant celle de la haine que de l'amour..

Nous donnerons comme exemple de cette ambivalence le délire de jalousie. Le malade accuse la personne qu'il dit aimer d'avoir commis les actes les plus vils, il la croit capable de tous les mensonges,

il lui inflige les pires humiliations, la séquestre, la tourmente sans arrêt par ses soupçons et ses reproches. Les proportions monstrueuses que peut prendre ce délire et les crimes qu'il engendre, montrent évidemment que le jaloux se comporte en tortionnaire, capable seulement de faire souffrir, de détruire l'être qu'il dit aimer et dont il pense autant de mal que s'il le haïssait et le méprisait. Il y a beaucoup de haine dans ce soi-disant amour.

d) Le problème de l'ambivalence normale.

Nous avons donné, pour illustrer les trois types d'ambivalence que nous avons distingués, des exemples empruntés à la pathologie. Y a-t-il lieu d'admettre une quatrième forme d'ambivalence, s'il est prouvé que dans la psychologie normale l'opposition des tendances peut aussi se manifester ?

L'opinion que nous essayerons de justifier est la suivante : il y a une ambivalence normale, mais celle-ci ne constitue pas une forme spéciale de l'ambivalence. Elle se ramène généralement à l'ambivalence incomplète ou à l'ambivalence latente, seule l'ambivalence complète étant nettement pathologique.

La présence de deux tendances opposées au sein d'une même personnalité est un phénomène si banal que, si nous nous en tenons à cette définition, nous devons admettre que l'ambivalence est habituelle chez tous les individus. Mais ce serait, selon nous, faire erreur, car alors la notion d'ambivalence per-

draît tout caractère spécifique pour se confondre avec celle de la complexité des sentiments et des idées, Celle-ci ne pouvait manquer de frapper tous ceux qui ont observé l'âme humaine et elle a été signalée bien souvent.

Rappelons ces remarques de Descartes :

« Lorsqu'un mari pleure sa femme morte, laquelle
« (ainsi qu'il arrive quelquefois) il serait fâché de
« voir ressuscitée, il se peut faire que son cœur est
« serré par la tristesse que l'appareil des funérailles
« et l'absence d'une personne à la conversation de laquelle il était accoutumé excitent en lui; et il se
« peut faire que quelques restes d'amour ou de pitié
« qui se présentent à son imagination tirent de véritables larmes de ses yeux, nonobstant qu'il sente cependant une joie secrète dans le plus intérieur de son âme, l'émotion de laquelle a tant de pouvoir que la tristesse et les larmes qui l'accompagnent ne peuvent rien diminuer de sa force »¹.

Sous une forme moins pittoresque et plus générale, SPINOZA observe aussi : « Si nous imaginons qu'une chose qui nous fait éprouver habituellement une affection de tristesse a quelque trait de ressemblance avec une autre qui nous fait éprouver habituellement une affection de joie également grande, nous l'aurons en haine et l'aimerons en même temps »² et il commente : « Cet état de l'âme qui naît de deux affections contraires s'ap-

(1) DESCARTES. Traité des Passions, II^e Partie, art. 147.

(2) SPINOZA, Ethique, III^e partie, Prop. XVII et Scolie, (trad. APPUHN, GARNIER, Paris).

« pelle fluctuation de l'âme; il est à l'égard de l'affection ce que le doute est à l'égard de l'imagination et il n'y a de différence entre la fluctuation de l'âme et le doute que du plus ou moins... Les fluctuations de l'âme..... naissent le plus souvent d'un objet qui est cause efficiente de l'une et l'autre affection ».

« Les philosophes « intellectualistes » eux-mêmes n'ont donc pas ignoré la complexité des sentiments humains et les nuances opposées qui peuvent les colorer.

Plus près de nous, RIBOT mentionne la coexistence du plaisir et de la douleur « chez l'ascensionniste qui ressent à la fois la fatigue et la crainte des précipices, la beauté du paysage, le plaisir de la difficulté vaincue » ¹ ainsi que « ces cas singuliers où la douleur devient la matière ou l'occasion du plaisir et inversement » (l. c.). Ces formes mixtes sont même la règle lorsqu'il s'agit des émotions complexes dont RIBOT considère que les éléments qui les constituent sont souvent « hétérogènes ou divergents ». Telle la jalousie « composé ternaire » où entrent l'amour de l'objet que l'on souhaite posséder, le chagrin à l'idée de la dépossession possible, la haine envers le rival. Ou encore « le respect, composé de sympathie et de crainte » ².

Mais l'idée de la complexité des sentiments ne se confond nullement avec celle de l'ambivalence.

(1) RIBOT. Psychologie des sentiments. 1^{re} partie, Ch. V (p. 74, 14^e édition, 1936).

(2) L. c. 2^e partie, Ch. VII, p. 274-275.

D'abord cette complexité suppose l'intervention de tendances multiples, diverses, et non de ce couple : tendance positive, tendance négative, qui constitue l'ambivalence.

D'autre part, même quand la complexité du sentiment se réduit à la présence de ces deux tendances opposées, comme dans le cas cité par DESCARTES, ou dans la « Fluctuation de l'Âme » de SPINOZA on ne saurait parler d'ambivalence véritable.

En effet, le mari n'a aucune illusion sur la profondeur de son chagrin, il sait jusqu'à quel point il regrette sa femme, il n'est pas dupe de lui-même. Il s'agit là d'impressions conscientes et même raisonnables, justifiées en tous cas par les influences diverses qu'un même objet à des moments divers peut produire sur nous.

Le sentiment du respect, que mentionne RIBOT, répond mieux à ce que nous entendons aujourd'hui par ambivalence : mais ce mélange « *de sympathie et de crainte* », il semble bien que, pour RIBOT, il soit déterminé par les circonstances, plus que par la structure du moi. De même : la grande différence entre l'idée d'une *ambivalence* dans la jalousie, et celle de la *complexité* de la jalousie, telle que RIBOT la décrit, c'est que pour celui-ci la haine du jaloux est *causée par le rival* qui le dépossède d'un bien ; elle est à côté de l'amour. Tandis que, dire que la jalousie est ambivalente, c'est dire que l'amour du jaloux est déjà fait de haine *même à l'égard de l'objet qu'il aime*, que la haine est *dans l'amour*. Ce trait de la jalousie ne

paraît pas avoir échappé à SPINOZA, mais c'est toujours par les qualités opposées de l'objet qu'il l'explique. Or l'ambivalence c'est la liaison indissoluble, en raison de la structure même des tendances, et presque indépendamment de l'objet, de l'amour et de la haine, à l'égard d'un même objet. Il y a dans l'ambivalence une contradiction incompatible avec la conscience qui juge et raisonne. C'est pourquoi il est impossible que l'ambivalence s'installe ainsi en pleine lumière dans la conscience, elle n'y parviendra que rationalisée, justifiée, ayant perdu sa véritable identité. Chez le normal, l'ambivalence est forcément plus ou moins inconsciente : il serait plus exact de dire qu'elle est toujours à quelque degré incompatible avec les exigences de la pensée consciente. Par conséquent malgré la dualité fondamentale des éléments qui la constituent, nous croyons que l'expression de BLEULER qualifiant l'ambivalence *d'unité*, *d'amalgame* de tendances¹ et l'opposant au conflit normal des tendances est très exacte : c'est cette unité des contradictoires inadmissible pour la logique et parfois la morale, en tous cas pour le Moi, qui constitue l'ambivalence. Nous pouvons bien hésiter entre le oui et le non, l'amour et la haine, admettre leur conflit, mais nous ne pouvons pas penser *qu'ils ne font qu'un*. Or c'est là l'ambivalence. C'est pourquoi les observateurs qui ont décrit des sentiments ambivalents, ont souvent méconnu cette inavouable dualité, ou l'ont rationalisée, transposée, intellectualisée, de telle sorte que

(1) Voir plus haut, page 47.

l'ambivalence elle-même est absente, ou se devine à peine dans leurs analyses.

Cependant l'ambivalence normale existe, on pourrait presque dire : forcément, puisque la limite entre le normal et l'anormal est souvent si difficile à tracer... Nous en donnerons *non pas une étude complète*, mais des *exemples*. (Nous laisserons de côté, ici les faits que l'on peut observer dans le rêve, et qui d'ailleurs se rapprochent souvent de ceux que nous allons décrire, ainsi que ceux qui concernent la psychologie de l'enfant).

On peut avoir l'expérience de l'ambivalence par des phénomènes normaux, voisins de l'obsession. Le cas du bicycliste qui regarde le caillou, veut l'éviter et va tout droit dessus, pourrait en être un exemple. Mais on peut citer surtout le vertige, avec ses composantes caractéristiques faites d'attraction invincible pour le vide qu'on ne peut s'empêcher de regarder, et de peur du même vide. Chez certaines personnes, ce vertige prend une forme un peu particulière, il ne se manifeste par exemple que si elles regardent de l'eau (un fleuve du haut d'un pont, la surface de l'eau dans un puits). Citons le cas d'une jeune fille qui éprouve ce mélange d'attraction et de terreur, chaque fois qu'elle regarde une voie ferrée, ou plus spécialement la voie du Métropolitain du haut d'un quai.

En dehors de ces phénomènes épisodiques, l'ambivalence existe encore chez le normal dans certains sentiments auxquels le mélange de deux composantes

positive et négative contribue à donner cette saveur inanalysable que les efforts de bien des romanciers modernes cherchent à nous restituer dans leur intégrité.

Citons d'abord les sentiments sexuels que tout le monde s'accorde à reconnaître comme des plus ambivalents. Pourquoi ? On peut répondre à cette question par bien des hypothèses. KRETSCHMER parle du « conflit entre l'instinct et la raison qui caractérise la vie sexuelle » ¹. La raison étant, pour lui, un mode de pensée imposé par la société. C'est souvent ainsi que l'ambivalence paraît être conditionnée, même si sa cause est plus profonde. C'est le « fruit défendu ». Tout ce qui est ainsi « défendu » par la société ou par l'instinct, peut susciter ces sentiments où le plaisir n'aurait pas de sens, privé de la crainte ou de l'horreur qui le double : sentiments à double face, envers le péché, la cruauté et le crime, le danger et la mort. La littérature, l'art, la philosophie même sont riches de témoignages, d'allusions, d'appels, ou d'analyses qui n'auraient pas de sens si de pareils sentiments n'étaient de ceux dont l'énigme intéressera toujours l'homme.

Mentionnons seulement la mélancolie romantique, terrain propice à ces « Fleurs du Mal » où Baudelaire en termes saisissants décrit l'ambivalence du sado-masochisme :

« Je suis la plaie et le couteau

« Je suis le soufflet et la joue

(1) KRETSCHMER. Manuel théorique et pratique de psychologie médicale. Trad. JANKÉLÉVITCH, p. 142.

« Je suis les membres et la roue

« Et la victime et le bourreau ».

VERLAINE y laissera croître « Parallèlement » ses effusions mystiques et ses poèmes licencieux.

Le goût de l'angoisse par ailleurs est trahi par bien des formes d'art, qu'il s'agisse des auteurs ou du public. L'angoisse normale, souvent, est un état que l'on aime et que l'on fuit en même temps. Citons ici les analyses, d'une intuition si pénétrante, de KIERKEGAARD : « L'angoisse est une antipathie sympathique « et une sympathie antipathique ». L'homme « ne « peut fuir l'angoisse car il l'aime, et il ne peut à « vrai dire l'aimer car il la fuit » ¹. Ce caractère de l'angoisse explique peut-être l'irremplaçable valeur que donne à un sentiment le voisinage de la mort : un alpiniste nous parle de ce « jeu dangereux et passionnant, celui de s'exposer à un péril mortel et « de gagner la partie contre la mort. Tel est l'attrait « profond des ascensions difficiles dont le plaisir est « tout mêlé d'un risque mortel..... » Fait « à la fois « de désir et de peur », l'amour de la haute montagne est en même temps « goût de l'altitude, du « danger et de la mort, goût de *notre* inconnaissable « mystère » ².

Cet amour du risque avec les dangers qu'il comporte explique sans doute bien des vocations louables, mais aussi bien des vocations criminelles ³.

Il est donc normal que l'homme sente parfois en

(1) SÖREN KIERKEGAARD. Le concept d'angoisse. Traduction P. H. TISSEAU, p. 84-86.

(2) Pierre DALLOZ. Haute Montagne.

(3) Cf. REIK. Le criminel inconnu (en allemand).

lui, selon l'expression de BLEULER, une âme double : la chose est si apparente qu'un philosophe a pu récemment étudier à travers les démarches de la pensée humaine dans la religion et dans la philosophie, mêlé à l'instinct de vivre « le Désir du Néant », « le « désir de la vie étrangement combiné avec le désir « de ce qui exclut la vie, le désir du néant sous les « noms décevants de plénitude et de vie éternelle » ¹.

L'hésitation et le doute, qui à bien des psychologues ont paru voisins de l'ambivalence, ne peuvent nous en donner une idée que s'il y entre cette nuance indéfinissable qui sépare l'activité réfléchie, pesant le pour et le contre, mûrissant ses décisions, et la stérile rumination de l'esprit frappé d'impuissance, condamné à s'épuiser en décevants travaux à la manière de Pénélope. Là encore, la frontière est difficile à tracer. Mais nous le répétons, la possibilité d'hésiter et de douter n'est pas en elle-même l'ambivalence, même si elle en est comme le veulent les théories de la psychanalyse, la conséquence, au terme d'une évolution normale. Ceux qui connaissent ces sautes brusques de la pensée qui va soudain d'un extrême à l'autre, et ne se tient à aucun, cette impitoyable sévérité du juge intérieur condamnant sans arrêt ce qu'une partie de soi juge cependant valable, ont quelque sentiment des transitions insidieuses qui séparent l'exercice de la pensée réfléchie et l'ambivalence.

Les mêmes remarques pourraient être faites en ce

(1) LOUIS VIALLE. *Le Désir du Néant*, Paris 1933, p. 649.

qui concerne la vie morale, la vie affective et l'activité volontaire.

Tous les faits que nous avons décrits jusqu'ici se rapprochent de l'ambivalence incomplète. Il nous reste à envisager maintenant un autre groupe de faits qui montrerait l'ambivalence latente chez le normal. Nous ne nous dissimulons pas que ces phénomènes ne prennent un sens que par une interprétation inspirée des thèses de Freud, et pour cette raison, ils paraîtront plus discutables. Nous en donnerons néanmoins quelques exemples.

Et d'abord l'ambivalence de l'amour. Celle de l'amour jaloux semble difficilement niable. Toute joie qui vient à l'être « aimé » par un autre que soi est suspecte et doit être supprimée. L'idéal du jaloux, homme plus souvent que femme, mais homme ou femme, idéal qu'il avoue, même s'il ne va pas jusqu'à le réaliser, serait d'enfermer derrière plusieurs enceintes infranchissables, l'être qu'il aime. Non seulement les autres êtres, mais le travail, mais les fleurs, mais le soleil même, peuvent divertir sa victime du culte exclusif qu'il exige. Seule la mort peut-être le tranquilliserait... Mais il est d'autres formes d'amour dont la nocivité moins connue n'est pas moins réelle. Amours de parasite, où un être se satisfait d'un autre en le détruisant : voilà celui qui ne sait que ravager les vies qu'il traverse, celui qui promet tout et ne peut jamais tenir; cet autre qui transforme en esclave docile l'être qu'il a choisi; cette mère dont la sollicitude étouffante et la jalousie vigilante condamnent ses

enfants à une tutelle sans fin; cette épouse, garde-malade impeccable qui peut enfin, armée des prescriptions médicales, imposer à son mari un régime et lui faire d'effroyable scènes « dans son intérêt »; cette femme modèle qui ne tarit pas sur les sacrifices qu'elle fait à la fidélité conjugale et au devoir maternel, et ne badine pas sur le chapitre de la reconnaissance qu'on lui doit.... Ces amours que d'aucuns diront simplement égoïstes, mesquins, si on les examine objectivement paraissent détruire plus que construire, faire souffrir plutôt que donner du bonheur. Sous le masque de l'amour se cache la haine, qui peut alors se satisfaire sans que l'individu en ait réellement conscience.

Nous avons parlé surtout des sentiments : mais l'activité intellectuelle et la volonté offrent des phénomènes analogues.

L'ambivalence sous ces deux formes : incomplète ou latente, tient donc dans la pensée normale une grande place. Elle reste normale parce que l'intégration des tendances opposées au Moi est suffisante pour que l'unité de la personne ne soit pas menacée.

Evidemment les premiers faits que nous avons signalés s'ils ne constituaient pas dans la vie normale de brefs épisodes, risqueraient de perturber profondément la personnalité. Mais ils ne représentent que de minimes « ratés » d'un mécanisme par ailleurs bien adapté. Dans d'autres cas il arrive que la composante négative du sentiment ambivalent, loin d'en diminuer l'emprise au sein du Moi, le renforce; le

goût du risque grandit par l'attrait de la mort; le jaloux sent son amour par sa jalousie même. Enfin la présence de l'ambivalence peut entraver, mais non détruire, la personnalité.

Ces remarques sur l'ambivalence normale nous permettront de mieux comprendre l'ambivalence anormale qui en diffère, par son étendue, par son intensité.

Par son étendue : Entre l'homme sujet au vertige et l'agoraphobique, on voit la différence. Celui qui craint le vertige ne peut s'adapter à certaines situations *exceptionnelles*, l'agoraphobique ne peut plus vivre comme tout le monde. La situation où se révèle le conflit se présente à chaque instant, et nous disons que l'ambivalence est plus étendue parce qu'elle intéresse des activités plus étendues. C'est comme une coloration qui au lieu d'apparaître par points s'étend à une vaste zone. Cette comparaison peut aussi nous faire comprendre que l'ambivalence anormale diffère de la normale, *par son intensité* : ceci convient surtout aux cas où l'on perçoit confusément deux composantes d'un sentiment; dans les cas morbides, ces deux éléments ont pris une telle importance que leur contradiction éclate aux yeux et devient incompatible avec la personnalité, dont elle vicie l'activité dans tous les domaines. Mais il faut ajouter encore que l'ambivalence anormale est d'une *qualité spéciale*, faite peut-être de ce que la pensée qu'elle envahit doit forcément, de ce fait même, régresser à un niveau inférieur. Quel que soit

notre effort de compréhension et de « sympathie », il faut reconnaître que les analogies ne valent que jusqu'à un certain point : de même, il y a loin de la verrue au cancer. Cette qualité spéciale de l'ambivalence morbide nous frappe surtout dans l'ambivalence complète. Nous pourrions mentionner, il est vrai, la constitution schizoïde, décrite par H. CLAUDE et son école, et où sont ébauchés les traits principaux du schizophrène. Nous dirons simplement pour ne pas prolonger trop longtemps cet examen que la dissociation schizophrénique explique suffisamment que l'ambivalence, dans cette maladie, soit plus que partout ailleurs, éloignée de la pensée normale, même si certains caractères paraissent y préparer. Car il n'y a plus chez le Schizophrène de personnalité assez homogène pour essayer de réaliser une conciliation entre les tendances opposées et libérées.

Sous ses diverses formes, l'ambivalence est donc : la double valeur simultanée positive et négative, d'une même tendance qui se présente à la conscience ou se manifeste dans la conduite, sous l'aspect de deux composantes opposées.

Normalement : une résultante s'établit à partir de ces deux forces divergentes qui sans cela détruiraient mutuellement leur efficacité. Une comparaison illustrera notre pensée. Cette lutte peut aboutir à une soumission **réelle de l'un des adversaires** à l'autre : le vaincu collabore à sa façon avec le vainqueur, lui apporte ses ressources. Il n'y a plus d'ambivalence :

c'est l'état de la pensée normale consciente où le pouvoir de nier, de lutter, de choisir, d'hésiter, manifeste ce qui fut l'ambivalence devenue collaboration de forces opposées.

Mais le vaincu peut refuser de s'effacer devant le vainqueur; un compromis met fin à la lutte. Une alliance où chacun réserve ses droits permet l'entente. L'ambivalence est encore normale mais réelle.

Enfin, on peut voir le vaincu « conquérir le vainqueur », et l'influencer au point que la victoire morale lui revient, en partie : c'est le cas de l'ambivalence normale latente.

Dans les cas pathologiques, la lutte persiste aiguë, et c'est alors l'ambivalence incomplète. Il se peut aussi que l'un des adversaires se soit « infiltré » chez l'ennemi au point de le manœuvrer à sa guise sans qu'il s'en doute : ambivalence latente. Et l'ambivalence complète nous rappellerait assez l'issue désastreuse de ces luttes où les survivants sans chefs d'une bataille sans merci s'affrontent dans l'anarchie totale.

SEMEIOLOGIE

Quelle est la valeur séméiologique des trois formes d'ambivalence que nous avons distinguées ?

1° L'ambivalence complète.

L'ambivalence complète fait partie du syndrome schizophrénique dont elle constitue un élément symptomatique : sa valeur diagnostique est grande car elle ne se rencontre pas ailleurs.

Elle se manifeste dans la schizophrénie :

a) — soit comme un symptôme frappant : rapprochement de deux jugements, sentiments, actes opposés. Et dans ce cas son existence est indéniable, c'est l'ambivalence que tout le monde reconnaît et nomme ainsi; mais c'est un signe inconstant.

b) — soit comme une disposition générale du comportement des schizophrènes, un « fond de tableau ». Et dans ce cas, cette ambivalence fondamentale est toujours présente. Mais en revanche, il s'agit plutôt d'une interprétation d'ensemble de la conduite du malade que d'un symptôme, et cette interprétation quoique de plus en plus généralement adoptée ne s'impose pas avec la brutalité d'un fait.

BLEULER avait décrit dans la Schizophrénie ces

deux aspects de l'ambivalence, comme nous l'avons vu. Et après la magistrale étude qu'il en a faite, il ne reste vraiment rien à ajouter au tableau de l'ambivalence schizophrénique. Toutefois nous apporterons ici encore l'observation de quelques faits à l'appui de nos dires.

a) *L'ambivalence symptôme.*

Voici deux cas où le symptôme : ambivalence, se manifeste dans des propos contradictoires.

Cas N° 1. — Georgette C..., 23 ans. Entrée à la Clinique des Maladies mentales à Ste-Anne le 24 nov. 1936. D. P. ayant débuté en 1932 après une rupture brutale de projets de mariage.

On l'interroge :

— Comment va votre mère ?

Réponse : Elle ne se porte pas bien. Elle se porte admirablement bien. Elle se porte admiration.

Cas N° 2. — (Observé dans le service du D^r VIOLLET en 1934 à l'Hôpital Psychiatrique de Dijon).

Lucien G..., 31 ans, garçon boucher. Interné depuis 3 ans. D. P. Premiers symptômes de l'affection remontant à l'adolescence.

Nous lui demandons :

— Quel est votre métier ?

— R. : Je vendais de la viande. Je ne faisais rien.

— Où sont vos parents ?

— R. : Ils sont morts. — Non, pas tout à fait (Il rit).

— Est-ce que cela vous ennuerait qu'ils soient morts ?

— R. : Oh ! non — Oh ! oui. Au contraire.

Mais l'ambivalence est souvent moins apparente que quand elle est, comme ici, « simple », suivant

l'expression de BLEULER, simple et complète, ajoutons-nous. Le plus souvent ses manifestations sont complexes.

L'ambivalence mixte est généralement décrite en France sous le nom de discordance. C'est comme nous l'avons dit, cette forme de discordance où les éléments *disparates* sont en outre *opposés*; par exemple le malade rit et ses yeux sont pleins de larmes. Mais cette description ressemble trop à ce que l'on peut observer chez le normal pour être exacte : il faudrait dire que la moitié de sa figure rit et l'autre pleure.

En voici un exemple :

Cas N° 3, observé à la Clinique des Maladies Mentales à Ste-Anne :

Henriette J..., 36 ans, internée depuis 1931. A fait à diverses reprises des séjours à Ste-Anne depuis 1928. Schizomanie ayant évolué vers un état schizophrénique.

Le 31 mars dernier, nous allons voir la malade, que nous trouvons assise dans son lit et feuilletant des revues. Elle nous reçoit aimablement et se répand aussitôt en plaintes sur les souffrances qu'elle endure et son désir de quitter la Clinique, sans d'ailleurs que l'expression impassible et par moments souriante de son visage se modifie. De plus, elle parle les yeux baissés, en protégeant son visage de sa main ouverte interposée entre elle et nous.

Comme nous lui demandons la raison de cette attitude, elle répond qu'elle met sa main dans cette position pour que les choses qu'on lui envoie sans cesse dans la tête (balles, obus) ne viennent pas nous blesser par une sorte de choc en retour.

Dans ce cas, on peut donc distinguer deux éléments opposés : une *attitude de défense*, le *sentiment de défendre son*

interlocuteur contre un mal émanant de soi. Discordance mais aussi ambivalence mixte, si cette expression a un sens, ambivalence où interfèrent ces deux tendances : crainte d'être blessé par autrui, crainte de blesser autrui.

On peut faire un rapprochement entre cette attitude ambivalente et un comportement normal, celui du timide. Le geste de la malade nous rappelle en effet à certains égards celui de jeunes enfants intimidés. Si cette manifestation est réfrénée plus tard chez l'adolescent ou l'adulte timide, l'état d'esprit caractéristique de la timidité qui se développe alors est de ceux dont l'ambivalence est indiscutable. Tous les timides qui s'analysent se sentent dédoublés, victime d'une contradiction intime. Cette contradiction apparaît tout entière dans ce mélange singulier d'humilité et d'orgueil si caractéristique du timide. Il est « moins » et « plus » que les autres, inférieur et supérieur, toujours blessé et assoiffé de revanche; victime, mais aussi par contre bourreau, quand il ose. — « Ce caractère contradictoire s'acharne sur tout ce qu'il chérit » écrit l'auteur d'une étude sur la timidité, qui n'emprunte cependant rien aux hypothèses de FREUD¹. Nous pouvons donc parler non seulement de la sensibilité du timide mais de son agressivité. Or notre malade semble par son attitude discordante témoigner de la même ambivalence : « on me fait du mal. Je fais du mal ». Les éléments qui normalement sont combinés et traduits en sentiments complexes apparaissent ici sous forme d'attitudes et de conceptions délirantes au sein desquelles l'ambivalence règne.

Ambivalence et discordance.

Malgré la parenté de ces deux symptômes, il n'est pas toujours possible de ramener la discordance à l'ambivalence sans avoir recours à des interprétations difficiles. Et nous croyons qu'en dehors de l'ambi-

(1) Jean LACROIX. Timidité et Adolescence, Paris 1936, p. 104.

valence simple et de quelques cas d'ambivalence mixte il y a souvent tout intérêt à conserver le nom de discordance pour désigner l'assemblage disparate que présente le comportement du schizophrène.

Ambivalence complète et Syndrome de Ganser.

Quoique la parenté de ces deux manifestations morbides ait été indiquée par beaucoup d'auteurs, le Syndrome de Ganser se distingue de l'ambivalence par le caractère absolument quelconque des « réponses à côté ». Il est possible qu'il ait sa cause dans le conflit de deux tendances : répondre aux questions, et ne pas répondre, garder son secret. Mais en tant que symptôme, il a son individualité propre.

Ambivalence et Négativisme.

Par définition une seule des deux tendances se manifeste dans le Négativisme. En tant que manifestation, il ne se confond donc pas avec l'ambivalence complète.

Ambivalence et troubles de la mémoire.

On peut se demander si certains troubles ne simulent pas l'ambivalence sans qu'elle existe réellement. Tel pourrait être le cas pour les troubles de la mémoire. On conçoit en effet qu'un malade qui évoque péniblement ses souvenirs réponde d'abord à une question par une erreur qu'il corrige ensuite.

Le Dr MICOUR à propos de R... Louis (voir l'observation page 54) estime que l'ambivalence était « fausse », plus apparente que réelle et que ce malade présentait avant tout « des troubles profonds de la mémoire d'évocation ». Cette opinion est justifiée en ceci que les réponses ambivalentes concernent surtout des faits, et non des sentiments : qu'il ait plu ou non ce matin, c'est en effet un simple fait, tandis que la santé ou la maladie d'un parent ne peut pas être un simple fait sans valeur affective.

Cependant, s'il s'agissait seulement de troubles de la mémoire et de rectification d'une réponse erronée, comment expliquer que ce soit la 2^e réponse qui soit fausse ? De plus, il semble que la conséquence normale de la difficulté d'évoquer des souvenirs, soit : le silence, l'hésitation, ou l'aveu : « je ne sais pas », comme cela se produit chez les confus. Admettons même qu'une fabulation se substitue au souvenir réel et masque au malade son amnésie, cette fabulation pourrait s'exercer avec plus de fantaisie que dans cette oscillation d'un contraire à l'autre qui caractérise l'ambivalence de ces réponses.

Donc même si l'ambivalence coïncide avec des troubles de la mémoire, elle ne peut s'expliquer par eux ; il faut bien admettre qu'à la faveur même des lacunes créées par l'amnésie une structure psychique spéciale se manifeste.

Ambivalence et indifférence.

Mais il serait plus légitime, semble-t-il, de voir

dans l'ambivalence un aspect de l'indifférence. Le malade est semblable au distrait qui répond « oui » et ensuite « non » à la question qu'il n'a pas écoutée, sans d'ailleurs qu'aucune de ces deux réponses corresponde à quelque chose d'arrêté dans sa pensée. « Toute pensée, écrivent DIDE et GUIRAUD, est sans « valeur et par conséquent égale en indifférence à « son contraire : $+ 0 = - 0$, pour parler algébrique-
« ment » ¹.

Mais notons d'abord que si l'indifférence est la cause de l'ambivalence, il est intéressant de remarquer que la structure mentale qui s'extériorise ici à la faveur de l'indifférence n'est pas quelconque, mais faite du rapprochement de termes opposés. On peut concevoir et on observe une indifférence stuporeuse, où rien ne transparait que le chaos et le vide; indifférence et ambivalence ne sont donc pas synonymes.

En outre, est-il vrai, que l'indifférence si particulière du schizophrène est faite d'une annulation des valeurs de toute pensée, tout se ramenant à zéro et devenant donc équivalent ? On a fait remarquer depuis longtemps qu'il s'agissait plutôt d'un désordre affectif que d'une absence totale de sentiments, au moins avant les dernières phases de la maladie. Nous avons déjà signalé qu'il convenait de faire toutes réserves sur l'indifférence de ces malades. Il nous semble que l'on a tendance à considérer leur affectivité comme sans importance, parce qu'elle ne paraît pas se référer aux mêmes bases stables qui

(1) DIDE et GUIRAUD, Psychiatrie du Médecin Praticien, p. 231..

donnent, chez le normal, un sens et une valeur aux sentiments. Il y a bien des valeurs, mais plus de bilan. Ce qui manque, c'est l'aptitude à la synthèse normale effectuée par le moi et dont, sous des noms divers, tous les observateurs ont reconnu l'existence : citons au hasard la « tendance à systématiser », dérivée sans doute de la « Fonction du réel » (P. JANET), la « Fonction synthétique du Je » (LAFORGUE), le « Contrôle central de la Psyché » (JUNG) la « Fonction de totalisation et de division logique », traduisant la « fonction d'intégration du système nerveux central », selon des vues inspirées par la théorie de la Forme (BYCHOWSKI) et même le « centre de moi » de certains neurologistes allemands.

Nous croirions d'ailleurs volontiers avec ENGELSON que l'indifférence réelle existe à un stade avancé de la maladie et succède à l'ambivalence¹, le processus destructeur qui atteint d'abord les fonctions synthétiques s'attaquant ensuite aux éléments désintégrés.

Le symptôme d'ambivalence existe-t-il en dehors de la Schizophrénie ? Ambivalence et Syndrome de Cotard.

En dehors de la Schizophrénie, nous ne voyons guère qu'un cas où l'on pourrait parler d'ambivalence complète simple, c'est celui du syndrome de COTARD où, écrivent HENDERSON et GILLESPIE, « l'assemblage des idées de mort et de vie éternelle est un exemple intéressant d'ambivalence ».

(1) ENGELSON. Evolution et structure de la schizophrénie, Lausanne-Paris, 1934.

Mais en réalité, nous ne croyons pas qu'on puisse rapprocher ce délire paradoxal de ce que nous avons décrit jusqu'ici. Les deux idées de mort et d'immortalité s'unissent dans l'affirmation « Je suis un mort qui ne mourra jamais » C'est une synthèse monstrueuse pour la logique, mais une synthèse, et acceptée. Au contraire, l'ambivalence simple serait la juxtaposition des deux affirmations : je suis mort; je ne mourrai jamais; si l'on peut donc parler d'ambivalence, il n'est pas question de confondre celle dont il s'agit avec l'ambivalence schizophrénique.

D'ailleurs, si dans la schizophrénie l'ambivalence n'apparaissait que comme le symptôme que nous avons décrit et distingué des autres manifestations typiques de l'affection, ce serait vraiment bien peu de chose. Mais nous avons vu qu'elle est aussi « un fond de tableau ».

b) *L'ambivalence fondamentale.*

C'est le cadre dans lequel rentrent la plupart des symptômes morbides du comportement du Schizophrène.

Bon nombre d'auteurs emploient ce terme pour caractériser la conduite du malade, autrement que par des concepts négatifs (incohérence, bizarrerie). L'observation suivante illustrera cet aspect de l'ambivalence.

F... Paul, 18 ans, entré à la Clinique en Avril dernier avec le certificat suivant :

« Est atteint de démence précoce. Indifférence. Mutisme.

Soliloques. Bizarreries des attitudes. Grimaces. Genuflexions. Préoccupations d'ordre mystique : exige que sa famille aille à la messe. Ambivalence. Apragmatisme depuis plusieurs mois. Réactions impulsives par intervalles avec hostilité vis-à-vis des siens. Début des troubles il y a 4 ans environ ».

Les renseignements recueillis par le D^r FORTINEAU permettent de reconstituer ainsi le passé de ce malade :

Paul F... est l'aîné d'une famille de 6 enfants, dont 5 vivants et bien portants, l'un mort à 6 mois de diarrhée infantile, alors que Paul avait environ 2 ans. Les parents sont bien portants. Dans son enfance, il fut assez délicat (asthme infantile, vomissements), mais il travaillait bien en classe et rattrapait le retard dû aux absences que sa mauvaise santé entraînait. A 11 ans, on l'envoie comme pensionnaire dans un collège d'une ville maritime, car il ne souffre pas de son asthme quand il est au bord de la mer. Il y passe 3 ans 1/2. Il était toujours rêveur en classe et travaillait irrégulièrement, cependant ce n'était pas un mauvais élève et il obtint quelques récompenses notamment en classe de 4^e (l'année où débute la maladie).

A la Pentecôte en 1934, il fut frappé violemment à la nuque par un ballon de football.

En Juillet 1934, ses parents venant le chercher au moment des vacances lui trouvent mauvaise mine; il est pâle, amaigri, a beaucoup grandi.

Dans ses poches on découvre des morceaux de papier froissés et roulés en boule, sur lesquels on déchiffre quelques lignes d'une écriture très fine. Ce sont, juxtaposés sans ordre sur le même morceau de papier, des fragments de lettres inachevées adressées à ses parents et des ébauches de poèmes. Voici quelques passages de ces écrits :

« Chers parents, que je voudrais bien être auprès de vous...
« quand, ô quand j'y pense à ce temps qui me paraît si lointain où malgré toutes mes crises nous étions si heureux ensemble.

« Vous connaissez bien mon tempérament faible, nerveux, mélancolique. Vous avez essayé de me rassurer sur des choses qui me torturaient la nuit et le jour.

« Vous l'avez pu constater vous-même, j'ai toujours essayé
« de vous contenter, et jamais, jamais, je n'ai pu y réussir.
« Je suis malheureux, mais d'une misère incroyable, car
« vous me laissez seul, sans secours et sans aide, seul et
« abattu, et je crois dépérir lentement. Tous mes nerfs et
« ma sensibilité sont secoués à chaque instant. O mes pa-
« rents, ayez un peu pitié de moi. Emmenez-moi, sortez-moi
« d'ici... ».

Les vers sont aussi nostalgiques :

« O mon beau son de cloches, ô mon carillon »

.....

« Ha, ce temps, c'était bien le bon temps ».

Les parents ne demandent aucune explication, l'enfant ne leur fait aucune confidence à ce sujet. Pendant les vacances il paraît se remettre rapidement et à la rentrée d'octobre, ses parents le gardent près d'eux et l'envoient comme externe au lycée de la ville où ils habitent. Il ne peut y rester que 2 mois 1/2. Sa conduite dès le début laisse à désirer; il ne fait pas ses devoirs, ne répond pas aux interrogations. Après l'avoir accusé de paresse, on doit se rendre à l'évidence et constater qu'il ne s'agit pas de mauvais vouloir : il paraît ne pas pouvoir répondre en classe, ni réciter tout haut ses leçons, mais on l'entend ensuite murmurer à voix basse les leçons qu'il avait normalement apprises. D'ailleurs, il continue à ne donner aucune explication à ses parents, ne se confie pas du tout à eux. Dès le début de 1935, il se livre à des manifestations d'hostilité à leur égard, tout en restant à peu près normal avec les étrangers.

Il est soumis alors à un traitement par la sulfosine hors de sa famille. Quand il rentre chez lui, il est d'abord content, mais au bout de peu de temps, l'hostilité envers ses parents reparait. Sa conduite devient de plus en plus bizarre. Des préoccupations mystiques se font jour. Il veut que sa famille aille à la messe, s'agenouille sans cesse, mais lui ne peut aller à l'église. Toute activité normale est impossible. En 1937, il fait un séjour de janvier à décembre dans une maison de santé. Un bref essai de retour à la vie de famille est tout à fait décourageant, en Juin. En Décembre 1937, il

revient chez ses parents, y reste deux mois, à peu près tout le temps couché, en manifestant son regret d'être avec eux. Au début de 1938 on doit le renvoyer dans la maison de santé où il subit divers traitements (sulfochrysothérapie) et qu'il quitte pour Ste-Anne au mois d'Avril dernier. Il arrive à la Clinique dans un état que le premier certificat rédigé après son entrée résume en ces termes.

« Hébéphrénie. Indifférence. Désintérêt, Improductivité. Vie autistique. Pas d'idée délirante actuellement exprimée ».

Nous avons vu ce malade récemment à la Clinique alors qu'il avait déjà été traité par le Cardiazol (2 piqûres), son état paraît moins grave qu'il ne l'a été; sans doute, quand on s'entretient avec lui, il parle encore à voix presque basse. Des tics fréquents de la face, d'ailleurs anciens, subsistent. Il paraît plus timide, et surtout plus inquiet au moindre bruit qu'un adolescent normal, il a quelques sourires immotivés, mais dans l'ensemble son comportement est assez bien adapté. Il répond aux questions qu'on lui pose, et reconstruit à sa façon, mais sans grandes lacunes, ses souvenirs.

Il nous a parlé de son enfance et de sa maladie actuelle commencée dans ce collège où selon lui il a été toujours très malheureux, tout le temps qu'il y est resté, par nostalgie. Mais comme nous lui demandons s'il avait confié à ses parents sa souffrance, il répond que non. Pourquoi ? il ne sait pas le dire. L'a-t-il confié au Directeur ou à des professeurs ? Non, encore moins, cette idée même lui paraît quelque chose d'énorme. A des camarades ? Non plus, mais il « a dit des bêtises » à ses camarades, « des choses stupides et sans importance », nous ne pouvons savoir exactement quoi : des vers peut-être, et peut-être aussi s'est-on moqué de lui; il est assez réticent sur ces divers points.

Il déclare que s'il n'achevait pas ses devoirs, c'est parce qu'il ne pouvait se décider à ne pas les faire parfaitement, et alors il n'avait pas le temps d'en faire plus de la moitié. Il lui semble maintenant encore que c'est plus intelligent d'agir ainsi que de faire tout le devoir, quand on ne peut pas le faire tout entier très bien. Il reconnaît volontiers que ses camarades n'avaient pas ses scrupules mais selon lui ils

avaient tort. Pourtant, tout ne lui paraît pas mériter ce soin extrême : rentré chez lui, il travailla avec son père qui est commerçant et on le chargea d'une partie de la comptabilité; son père, dit-il, devait refaire toutes ses additions, toujours pleines d'erreurs; il ne faisait pas attention « parce que cela ne l'intéressait pas ».

Il dit qu'il aimait ses frères et sœurs, mais ne se rappelle pas bien leur âge, il les confond (même la cadette dont il est le parrain). Cet oubli lui semble normal.

Il se rappelle fort bien les dates de ses séjours en maison de santé; et les divers événements de ces trois dernières années. Mais il ne mentionne pas du tout son hostilité envers ses parents dont il parle en manifestant le désir de retourner le plus vite possible près d'eux. Comme nous faisons allusion aux regrets qu'il aurait exprimés d'être chez lui, il nous dit qu'à une certaine période il a été vraiment très malade. Il ne paraît pas non plus se rappeler, ni tenter d'expliquer ses préoccupations mystiques, ses génuflexions et il dit qu'il n'était pas très pieux.

La conduite de ce malade manifeste bien l'ambivalence fondamentale schizophrénique.

Il est malheureux au Collège : mais rien dans sa conduite ne l'a laissé soupçonner à ses parents. Tout se passe comme si déjà une dissociation apparaissait entre l'idée de partir et l'idée de rester. Cela se traduit par une absence totale de réactions adaptées pour fuir ce collège; il n'est pas en effet d'exemple qu'un garçon de cet âge ne parvienne pas à exprimer, par lettre ou oralement, son désir à sa famille, même s'il craint la critique et la surveillance de ses maîtres. Il aurait pu au moins parler à sa famille pendant les vacances, il ne l'a jamais fait. Cependant il ne craignait pas spécialement ses pa-

rents, il savait qu'on l'avait mis en pension pour que sa santé fût meilleure.

Puis apparaît l'ambivalence caractéristique envers ses parents : loin d'eux, il les appelle ou plutôt se complaît à les évoquer en termes émouvants, près d'eux il est distant et étranger. Bien plus même, il va les haïr. Eloigné, il veut revenir. Revenu, il veut repartir.

Et c'est la même chose dans tous les domaines : il veut travailler, mais ne peut pas, encore qu'il rationalise maintenant son impuissance. Il veut savoir ses leçons, les réciter, mais il ne peut pas, quelque chose l'inhibe. Il est hanté par des scrupules religieux, mais ne peut pas aller à l'église.

Et l'on voit clairement ici ce jeu de forces opposées qui peut créer toutes sortes de symptômes morbides. Ce qui est intéressant chez ce malade, c'est le témoignage que nous avons sur l'intensité de ses sentiments et de sa souffrance au début de l'affection. Assez souvent, c'est derrière le masque du désintérêt et de l'indifférence que se fait l'évolution morbide. Ses maîtres et ses camarades d'ailleurs ne paraissent pas avoir remarqué que son affectivité, à l'époque où il écrivait les appels déchirants que nous avons reproduits plus haut, ait paru exaltée, au contraire. Et sans doute on est très tenté d'osciller entre ces deux opinions : ou ce jeune garçon sentait vraiment ce qu'il écrivait, et alors c'est un martyr. Mais la chose est inadmissible en raison du reste de sa conduite. Ou il écrivait cela sans réaliser ce qu'il

écrivait, comme il aurait écrit n'importe quoi, et alors cela n'a plus d'importance. La vérité, si nous nous référons à la notion d'ambivalence complète est autre : les sentiments contradictoires que révèle sa conduite existent bien en lui les uns et les autres, mais ils sont vécus en dehors de cette synthèse cohérente personnelle et consciente qui nous paraît, à tort, leur condition nécessaire.

2° L'ambivalence incomplète.

L'ambivalence incomplète se rencontre, avons-nous dit, sous une forme typique dans l'obsession. Mais il y a bien d'autres cas où elle apparaît et par conséquent sa valeur au point de vue séméiologique est difficile à établir.

En effet, bien des névroses en dehors de la névrose obsessionnelle proprement dite, s'accompagnent de cette forme d'ambivalence. L'obsédé a une idée ou un sentiment qu'il juge absurde ou coupable. Mais les phobies aussi entraînent ce dédoublement : une réaction insurmontable, de frayeur ou d'angoisse pour des raisons que l'intelligence juge absurde. Enfin les impulsions dans certains cas sont ressenties comme étrangères au moi conscient (obsessions impulsives de MAGNAN, impulsions obsédantes, phobies d'impulsion, impulsions xénopathiques de DIDÉ et GUIRAUD).

S'il est vrai que les obsessions, les phobies, les impulsions sont surtout l'apanage des névroses, il n'en

existe pas moins beaucoup de formes de transition entre ces symptômes et ceux des psychoses. C'est ainsi que l'on peut schématiquement représenter les degrés divers d'un conflit existant au sein de la personnalité entre les deux composantes opposées d'une tendance.

a) la composante négative (par exemple) se présente à la conscience malgré la volonté du sujet, mais celui-ci en reconnaît l'absurdité, la repousse, et se rend compte que c'est en lui-même qu'est l'origine de cette pensée. C'est l'obsession.

b) Le malade ne reconnaît plus comme appartenant à sa personnalité les phénomènes engendrés par cette composante négative. On lui donne des idées, on l'influence, il y a dans sa tête des pensées qui ne viennent pas de lui : idées et délire d'influence.

c) Les phénomènes étrangers à la personnalité sont en outre différents des pensées ordinaires : ce ne sont plus seulement des idées inspirées du dehors, ce sont des idées qui ont à quelque degré ce même caractère de réalité étrangère au moi qui est le propre des perceptions. Le malade dit qu'il voit, qu'il entend, mais « en dedans » ; on lui parle sans parler, il a l'intuition des pensées de celui qui l'influence, leurs deux esprits par certains côtés ne font qu'un. C'est le domaine des hallucinations psychiques et des multiples formes de l'intuition morbide.

d) Les faits étrangers au moi conscient peuvent enfin lui apparaître aussi complètement indépen-

dants de lui que les données de la perception : le malade parle alors le langage de l'halluciné. « On me dit », « j'entends comme je vous entend », « je vois comme je vous vois ». L'hallucination serait ainsi l'un des termes de ce processus par lequel une composante d'une tendance s'impose à une personnalité où elle ne peut s'intégrer.

Ces divers stades représentent les syndromes décrits sous le nom de : délire d'influence, syndrome d'action extérieure de H. CLAUDE, phénomènes xénopathiques de GUIRAUD, automatisme mental de CLÉRAMBAULT.

Il est évident que si dans tous ces cas on peut parler d'ambivalence incomplète, ce terme ne peut plus avoir une véritable valeur séméiologique. Il conviendrait peut-être d'en limiter l'emploi aux phénomènes obsessionnels où la personne accepte encore de reconnaître comme émanant d'elle, les phénomènes qui s'imposent à sa pensée.

Mais la réalité ne permet pas toujours ces délimitations bien tranchées, et de l'obsession à l'idée d'influence il n'y a souvent qu'un pas. Il vaudrait mieux par conséquent proposer, si l'on veut parler d'ambivalence, d'ajouter une précision telle que : ambivalence (incomplète) *sous forme* d'obsession, ou d'idées d'influence, etc..

Mais il ne faudrait pas penser que ce type d'ambivalence élimine le diagnostic de schizophrénie, puisque les idées d'influence, les hallucinations se rencontrent dans cette affection. On voit souvent en

réalité l'ambivalence incomplète précéder ou accompagner l'ambivalence complète. Ce n'est pas sur la présence ou l'absence de ce symptôme que l'on peut fonder un diagnostic, ni même un pronostic.

Voici une observation où apparaît l'ambivalence incomplète.

L..., 39 ans, entre en Novembre dernier à l'hôpital psychiatrique de Dijon (service du D^r VIOLET) venant de l'hôpital général où il était en traitement dans un service de chirurgie. Le certificat rédigé après son entrée est le suivant : « Paraît atteint de délire hallucinatoire, évoluant périodiquement et avec raptus de suicide. Les hallucinations sont « purement psychiques et attribuées à l'« inconscient ». « Le malade lutte contre ses hallucinations obsédantes et « finit par réaliser ses tentatives par crainte qu'en débissant à l'inconscient il ne provoque la mort de sa famille. Deux tentatives de suicide par défenestration, une « tentative par section de la verge à sa partie moyenne ».

Les renseignements recueillis sur le malade près de sa famille précisent que le début de l'affection paraît remonter à 1935. A cette époque, le malade, marié depuis 5 ans (sans enfant), qui exerçait à Paris la profession d'architecte rencontre des difficultés dans son métier, est mis en chômage, doit accepter un autre travail peu conforme à ses goûts, puis vient en province pour améliorer sa situation. Bien que sous ce rapport il paraisse avoir obtenu satisfaction, son caractère s'assombrit de plus en plus. D'après sa femme, il aurait toujours été sujet à des sautes d'humeur, mais les périodes d'euphorie ont diminué progressivement, bien que l'entente régnât dans le ménage.

En Octobre 1936, il se jette d'une fenêtre de son appartement situé au 2^e étage, se fracture les deux membres inférieurs. Traité à l'hôpital, il en sort en Février 1937, après consultation d'un aliéniste. Rentré chez lui à cette date, un mois après, en Mars 1937, il se jette de la même fenêtre

après s'être coupé la verge avec une lame de rasoir. Les fractures récemment consolidées se reforment. Le malade doit être reconduit à l'hôpital où il reste jusqu'à son entrée à l'asile en Novembre 1937. Depuis cette époque, son état s'est amélioré et ses obsessions ont disparu. Nous avons obtenu de lui récemment les précisions suivantes : l'idée de suicide s'est présentée à son esprit au début de l'année 1935 sous la forme, semble-t-il d'une obsession impulsive. Il avait brusquement l'idée « qu'il fallait qu'il se tue pour sauver sa femme ». Le caractère absurde de cette idée semble lui avoir apparu dès l'abord. Il n'a jamais essayé de la justifier, et il pensait bien qu'elle venait de lui : c'était quelque chose comme « la voix de la conscience » qui se fait entendre tout à coup. Toutefois, comme il avait lu beaucoup d'ouvrages d'occultisme (sans pourtant s'être jamais adonné à aucune pratique d'occultisme), il lui semble que le lien entre les deux faits « se tuer » et « sauver sa femme » était d'ordre mystique, « occulte ». Et c'est à « l'inconscient » qu'il attribue l'origine de cette pensée qui s'imposait à lui brusquement. Ce qu'il entend par inconscient, il est difficile de le lui faire préciser : c'est bien une partie de la personnalité, mais évidemment une partie « occulte » d'où peuvent provenir bien des choses mystérieuses. Et pour cet homme imbu de théories magiques, que nous avons pu d'ailleurs trouver exposées dans un petit ouvrage d'Esthétique qu'il a écrit avant sa maladie, la correspondance mystique des divers aspects de la nature est telle que certainement l'inconscient, tout en étant quelque chose de l'homme, répond à quelque chose de l'univers.

Il dit avoir lutté 18 mois, seul, sans se confier vraiment, contre une obsession grandissante. Enfin un jour, un jour comme les autres, « il a fallu y passer », dit-il. En pleine conscience, il avait l'impression à la fois de se libérer et d'obéir à l'ordre de l'inconscient dont la force occulte ne désarmait pas et devait le vaincre.

Après cette tentative de suicide manquée, à l'hôpital, il dit avoir vécu dans un état étrange où des idées extraordinaires, celles-là même qui l'avaient obsédé et d'autres, le

hantaient sans cependant lui faire perdre de vue le réel. Il n'a jamais confondu cet espèce de rêve, ce monde de cauchemar, avec ce qui l'entourait et il se rendait parfaitement compte de ce qui était autour de lui, répondait aux questions, etc... Il proclame : « Je n'ai jamais eu d'hallucinations », ce qui paraît d'ailleurs exact, car il n'a jamais objectivé ces pensées que « l'inconscient » envoyait à sa conscience. « C'était de la folie » nous dit-il, quand nous demandons des explications trop précises.

En tous cas, cette folie était assez peu apparente pour qu'un spécialiste consulté ait jugé possible le retour dans sa famille. A ce moment, l'obsession existait cependant toujours, mais comme toujours il la critiquait et sans doute le désir de rentrer chez lui l'a-t-il poussé à exagérer son pouvoir de critique...

Mais à peine rentré chez lui, dans le même appartement, la même obsession le reprend. Cette fois, il cherche du secours près de sa femme, il supplie qu'on ne le laisse pas seul. Mais on n'attache pas assez d'importance à ses avertissements, sans doute croit-on qu'une leçon lui aura suffi et que puisqu'il reconnaît l'absurdité de son acte et de son impulsion il ne l'exécutera pas. Aussi un mois à peine après sa sortie de l'hôpital, à un moment où il est seul, l'obsession triomphe, précédée cette fois d'une variante : se couper préalablement la verge « pour se débarrasser du péché originel ». Et il se jette, sanglant, par la même fenêtre d'où il s'était déjà jeté. Cette fois encore, il est conscient, dominé pour un moment par la force qu'il contenait un peu avant : « Il a encore fallu y passer ».

Pendant son deuxième séjour à l'hôpital et le début de son séjour à l'asile, l'obsession ne désarme pas. Il se reproche de ne pas s'être tué, il a l'impression que jamais il ne pourra se débarrasser de cette hantise.

Et « brusquement », dit-il au mois de Janvier dernier, il a senti que tout cela était fini et qu'il était libéré. Depuis, il se dit guéri. Sa conduite ne présente rien de bien anormal, sauf en ce qu'il se mêle peu volontiers à la vie active, qu'il est par moments déprimé. Son état physique n'est d'ail-

leurs pas excellent, il a toujours été pâle et maigre, et les fractures répétées de ses deux jambes se sont guéries au prix d'ankyloses qui gênant son activité, peuvent en outre lui inspirer des réflexions moroses bien légitimes.

Sur son état morbide passé, qui s'étend sur une période bien définie, de 1935 à Janvier 1938, il s'en tient volontiers à cette conclusion : « c'était de la folie ». Mais quand nous voulons préciser quelle folie, nous le voyons osciller entre des explications qui nous feraient diagnostiquer une période d'obsession et d'autres justifications, d'ailleurs en accord avec les faits montrant la gravité de l'affection, qui nous orienteraient vers un délire d'influence. Evidemment, « l'inconscient » se prête admirablement à cette équivoque. Quand le malade nous dit : « Je pensais que c'était une force occulte qui me poussait ». Quand il déclare aussi « en Janvier, j'ai senti brusquement l'absurdité de ma conduite », nous avons l'impression qu'il s'est tout de même engagé dans un délire, dont il paraît d'ailleurs sorti. Mais la persistance d'une certaine auto-critique, la limitation du symptôme font penser à l'obsession. Et nous voyons là combien la complexité des faits admet mal les classifications trop simples. Quoi qu'il en soit une phrase du malade résume bien l'ambivalence incomplète qui caractérise l'affection au cours de cette période : « *j'ai toujours, dit-il, senti ma personnalité divisée en deux* ».

Quelle est la nature de l'entité morbide évoluant derrière ces symptômes ?

D'après le passé de ce malade, on peut, nous semble-t-il, parler de schizomanie, car il y a chez lui un manque d'adaptation à la vie sociale, un sacrifice vraiment peu légitime des exigences de son métier à celles de sa « vocation » littéraire (ébauche de « dissociation de l'activité intellectuelle et de l'activité pragmatique ») un ensemble de bizarreries,

pour ne pas préciser davantage, qui correspondent exactement à la schizoïdie décrite par CLAUDE et son école. On y retrouve même ces conditions de la « bi-
« polarité du caractère » qui naissent d'une ambiance familiale pathogène. (Ce malade est un enfant adultérin, élevé par son père légal, puis par les parents de son père adultérin chez lequel sa mère s'était d'abord retirée avec lui; alors qu'il avait 10 ans, sa mère s'est suicidée).

Il est donc possible que l'ambivalence incomplète de ce malade devienne ultérieurement du fait de l'évolution de la maladie une ambivalence complète, comme la schizomanie devient schizophrénie.

Cette observation montre à la fois la difficulté de séparer nettement les divers aspects de l'ambivalence incomplète et la valeur très discutable que ce symptôme peut avoir tant au point de vue diagnostique que pronostic. C'est une notion plus explicative que descriptive.

3° L'ambivalence latente.

L'ambivalence latente n'a pas à proprement parler de valeur sémiologique puisqu'elle ne peut être décelée par la simple observation du sujet.

En effet, cette forme d'ambivalence n'est admise que grâce aux interprétations que l'on peut fonder sur des hypothèses plus ou moins directement inspirées des théories de FREUD. Ignorée du sujet, elle est en outre cachée à l'observateur derrière la fa-

cade que constituent les propos et le comportement habituel du malade. Puisque l'ambivalence, d'après les vues de la psychanalyse, existe partout dans la pensée morbide, on peut dire que par définition le domaine de l'ambivalence latente est obtenu en retranchant du domaine total de la pathologie mentale ce qui appartient à l'ambivalence complète et incomplète.

Mais en dehors même des psychanalystes proprement dits, bien des auteurs ont reconnu son existence.

La névrose d'angoisse, l'hypocondrie, l'hystérie, et d'autre part, la manie et la mélancolie, les délires paranoïaques, recèleraient donc toujours cette ambivalence. Nous n'essayerons pas de le montrer, même sur un exemple. Car il s'agit ici d'interprétations qui ne rentrent plus dans le cadre de la séméiologie ordinaire, ceci dit sans la moindre critique à l'égard de l'intérêt de ces interprétations. Mais l'ambivalence latente qui est uniquement explicative et plus du tout descriptive, n'a plus de valeur séméiologique véritable. Elle n'est décelée souvent que par les méthodes psychanalytiques avec leur technique spéciale et c'est surtout dans la littérature de la psychanalyse qu'on la trouvera décrite.

Cependant cette ambivalence apparaît parfois assez clairement par le simple examen objectif de la conduite et des propos du sujet. C'est ainsi que dans le délire de jalousie, il suffit de tenir compte de ce que le sujet fait, dit, et prétend penser, pour voir

clairement que son « amour » est fait de manifestations de haine. Tous les persécutés persécuteurs, dont les érotomaniaques sont à certains égards, bien voisins, montrent clairement aussi leur ambivalence.

D'autre part, l'ambivalence peut se trahir soudain par un défaut de la cuirasse, si l'on ose écrire; le cas de la malade étudiée par LACAN, AIMÉE, qui se laisse aller un jour à faire deux réponses contradictoires est typique à ce sujet. Peut être une observation attentive rendrait-elle plus fréquente la constatation de faits de ce genre².

Enfin et surtout, il n'y a pas d'abîme entre les syndromes morbides dont l'ambivalence, incomplète surtout, fait partie, et ceux que nous venons d'énumérer. L'examen des faits a multiplié les observations de ces formes bâtardes, transitoires, qui unissent manie et mélancolie à la schizophrénie, délires paranoïaques et syndrome d'action extérieure, etc.. Il faudrait citer ici une foule de travaux dont certains inspirés directement des idées de BLEULER. Rappelons seulement les études de MINKOWSKI, amené à parler de mélancolie schizophrénique, d'automatisme mental dans la mélancolie ou dans la jalousie pathologique, de « dépressions ambivalentes ». Par ailleurs :

« Tout le travail de ces dernières années, écrit Schiff, en France comme en Allemagne et dans tous les autres pays, a porté sur la genèse du

(1) LACAN. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité (p. 254).

(2) Rappelons aussi cet étrange « Deuil maniaque » décrit récemment (Cf. LAGACHE. Sem. des Hôp. de Paris, 15 janvier 1938).

« thème de persécution. En France comme en Alle-
« magne, ce travail a fait envisager la nécessité de
« rapprocher de ces délirants « purs », de ces para-
« noïaques « légitimes », des sujets chez lesquels le
« trouble de l'intelligence est moins apparent que
« le sentiment délirant d'une action extérieure
« (CLAUDE), cette influence n'étant qu'une protesta-
« tion masquée contre des pensées que la conscience
« du sujet se refuse à admettre comme siennes » ¹.

Toutes les transitions sont donc possibles entre les diverses formes d'ambivalence que nous avons distinguées. Nous espérons cependant qu'en mettant en lumière ces trois types d'une disposition très répandue pour ne pas dire universelle, nous aurons contribué à diminuer quelque peu la confusion qui tend à régner autour d'un terme aussi lourd de signification que riche d'acceptions.

Si nos conclusions paraissent tendre à en réduire la valeur séméiologique, notre étude si insuffisante qu'elle soit, aura laissé entrevoir quelle importance théorique a pris, dans la psychiatrie moderne, l'ambivalence, ce mot qui résume en un raccourci saisissant tant d'aspects divers de la pensée morbide. Et, le but suprême de la médecine étant, il est vrai, de guérir les maladies, ne peut-on cependant juger que la compréhension des symptômes d'une affection mentale, loin d'être inutile, est nécessaire au mé-

(1) Paul SCHIFF. Les paranoïas et la psychanalyse. Rapport à la 9^e Conférence des Psychanalystes de langue française, Paris 1935.

decin, pour guider sa conduite au mieux des intérêts du malade, dans cette psychothérapie qui, quelle qu'elle soit, se superpose toujours plus ou moins à tout traitement d'une maladie, surtout mentale.

CONCLUSIONS

1° L'emploi de plus en plus fréquent, mais aussi les sens multiples, du mot ambivalence, en rendaient utile une définition. Nous avons cru devoir d'abord la chercher dans l'œuvre de BLEULER, créateur du terme.

2° Aucun des mots employés par les prédécesseurs et les contemporains de BLEULER pour désigner les symptômes qu'il a groupés sous la rubrique générale : ambivalence, n'évoquent exactement les mêmes faits ni surtout la même notion. BLEULER a donc créé non seulement le mot mais l'idée.

3° Cette idée se présente d'ailleurs dans son œuvre sous de multiples aspects. L'ambivalence est tantôt un symptôme apparent, tantôt une interprétation de certains symptômes morbides, tantôt une loi générale de la vie psychique normale et pathologique. Pour en expliquer l'existence, BLEULER paraît hésiter entre plusieurs hypothèses, ce qui peut se justifier par la difficulté du problème, mais tient sans doute aussi à la diversité des influences qui se sont exercées sur sa pensée. Sa connaissance des doctrines de FREUD s'est associée à une formation plus classique. En tous cas, en définitive, il semble reconnaître le lien exis-

tant entre la théorie de l'ambivalence et la théorie de l'inconscient.

4° Mais en raison de la richesse même de la pensée de BLEULER et de ses aspects divers, la notion d'ambivalence était susceptible d'interprétations assez variables pour pouvoir être incorporée à des théories très différentes. On peut schématiser deux tendances extrêmes : la psychiatrie classique a retenu le nom du symptôme et lui a donné une place limitée, en l'expliquant par des comparaisons tirées de la physiologie ou de la psychologie. La psychanalyse a fait de l'ambivalence la structure mentale primitive qui se retrouve au fond de tous les troubles psychiques, et même dans une grande partie de la pensée normale.

5° Ces diverses théories montrent l'importance de l'ambivalence et expliquent la diversité des sens donnés à ce mot. On en dégage pourtant cette conclusion : l'ambivalence est une disposition des forces affectives et actives, c'est-à-dire des tendances, qui se caractérise par la coexistence chez une personne de deux tendances opposées, en conflit. Revenant alors à un point de vue plus positif, nous avons utilisé notre enquête en distinguant diverses formes de l'ambivalence :

a) ambivalence complète, dont le type est l'ambivalence schizophrénique;

b) ambivalence incomplète, représentée par l'ambivalence de l'obsession;

c) ambivalence latente, dont un exemple est fourni par le délire de jalousie.

Il nous restait alors à envisager le problème de l'existence d'une ambivalence normale. Nous en avons cherché des exemples et nous avons essayé de montrer qu'il ne faut pas la confondre avec les sentiments complexes, l'hésitation, précédant le choix, la faculté d'envisager des jugements opposés avant d'affirmer l'un des deux. Nous avons cru la reconnaître dans d'autres phénomènes, moins facilement analysables ou accessibles par la conscience, et qui gardent toujours quelque chose d'inexplicable et d'absurde : vertige, obsessions normales, si l'on peut dire; ambiguïté des sentiments sexuels, de ceux qui sont liés au danger, à la mort, de l'angoisse; excès de l'autocritique; et peut-être aussi ambiguïté de certaines formes de l'amour quel qu'il soit.

En définitive, l'ambivalence nous a paru être la double valeur simultanée positive et négative, d'une même tendance, qui se présente à la conscience ou se manifeste dans la conduite sous l'aspect de deux composantes opposées.

6° La valeur séméiologique de l'ambivalence est :

grande : s'il s'agit d'ambivalence complète, celle qui apparaît à un observateur même peu averti dans la schizophrénie;

discutable : en ce qui concerne l'ambivalence incomplète qui se manifeste dans des cas très divers.

à peu près inexistante : pour l'ambivalence latente

qui, le plus souvent, est le résultat d'une interprétation, et non un symptôme.

Au point de vue séméiologique, c'est donc l'ambivalence complète schizophrénique qui seule est vraiment digne d'être mentionnée. Mais la notion d'ambivalence garde tout son intérêt du point de vue théorique et pour la compréhension de la pensée morbide.

Vu : Le Président de la thèse,

H. CLAUDE.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

S'il existe fort peu d'ouvrages consacrés spécialement à l'étude de l'ambivalence, pour ne pas dire aucun, surtout en langue française, en revanche, il en est question incidemment dans un nombre énorme de travaux, notamment dans presque tous ceux des psychanalystes. Quant aux œuvres utiles à la compréhension de ce terme, sans même qu'il y soit prononcé, elles représentent : toute la psychiatrie, une bonne partie de la littérature, de la psychologie et même de la philosophie.

Nous bornerons donc cette bibliographie à la liste des ouvrages et des articles que nous avons cités ou consultés, sans nous dissimuler ce qu'elle peut avoir d'arbitraire et d'imparfait.

A

ABRAHAM. — Klinische Beiträge Zur Psychoanalyse. (*Int. Psychoanal. Verl.*, Vienne, 1921).

B

BACHELARD. — La formation de l'esprit scientifique (Paris, 1938).

BARUK (H.). — Les obsessions. (*Bulletin Médical*, 30 oct. 1931, 59 p.).

BAUDELAIRE. — Les Fleurs du Mal (1857).

BLEULER. — Die negative Suggestibilität, ein psychologische Prototyp des Negativismus, der conträren Autosuggestion und gewissen Zwangsideen. (*Psych. Neurol. Wochenschr.*, 1904).

- Affektivität, Suggestabilität, Paranoïa. (1^{re} Edition. Halle a. s., 1906; 2^e Edition. Halle a. s., 1926).
- Dementia praecox oder Gruppe des Schizophrenien. (in *Traité d'Aschaffenburg*, Leipzig, Vienne, 1911).
- Lehrbuch der Psychiatrie. (Berlin, 1916-1930).
- Naturgeschichte der Seele (2^e Edition, Berlin, 1932).
- La Schizophrénie. (Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Genève-Lausanne, 2-7 août 1926).
- Bemerkungen zu dem obstehenden Artikel von Dr ROENAU. (*Zeitschr. f. die Ges. Neur. u. Psych.*, 1937, N° 157, p. 166-8).
- BLONDEL (Ch.). — L'activité automatique et l'activité synthétique. (in *Nouveau Traité de Psychologie* par G. DUMAS, Tome IV).
- BOREL (A.). — Rêveurs et boudeurs morbides. (*Journal de Psychologie*, Juin 1925, p. 516-535).
- BOREL et ROBIN. — Les rêveurs éveillés (Paris 1925).
- BOREL et CENAC. — L'obsession. (*Rev. Fr. de Psychan.*, 1932, p. 586-648).
- BOVEN. — La complexion des schizophrènes, faits et hypothèses touchant les rapports du physique et du moral dans la schizophrénie. (*Ann. Méd. Psych.* II, 1926, p. 308, 320).
- BUSSCHER. — Un cas de D. P. présentant le syndrome paranoïaque à l'état de pureté. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, XXIX, 1929, p. 225-228).
- BYCHOWSKI. — Certain problems of schizophrenia in the light of cerebral pathology. (*Journ. of Nerv. and Ment. Dis.*, 1925, p. 280-298).

C

- CHARPENTIER. — Les Démences Précoces. Communication au 1^{er} Congrès des Aliénistes Français, Rouen, 1890.
- CHASLIN. — Eléments de Séméiologie et de Clinique mentales (Paris 1912).
- CLAUDE (Henri). — Etats schizomaniaques et automutilation. (*J. Prat.*, 1924).

- Hystérie et Schizoïdie. (*Prat. Médicale Française*, Octobre 1924).
- Schizomanie et mélancolie. (*Progrès méd.*, 1925, N° 5, p. 159-161).
- Démence Précoce et Schizophrénie. (Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française. Genève-Lausanne, 2-7 août 1926).
- A propos de la Schizoïdie et de la Schizophrénie. (*Ann. Méd. Psych.*, 1926, p. 332-334).
- Hystérie et Schizophrénie. (*Ann. Méd. Psych.*, II, 1937, p. 1 à 44).
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Considérations sur l'état démentiel dans la démence précoce. (Communication à la Société de Psychiatrie, 17 nov. 1910).
- CLAUDE et ROBIN. — Considérations sur le symptôme des réponses à côté. (*Encéphale*, 1924, II, p. 481-492).
- CLAUDE, MINKOWSKI et TISON. — Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques. (*Encéphale*, 1925, I, p. 1-13).
- CLAUDE et LAFORGUE. — Sur la schizophrénie et la constitution bipolaire du caractère schizoïde. (*Ev. Psych.*, I, 1925, p. 27-36).
- CLAUDE, BOREL, ROBIN. — Démence Précoce, schizomanie, schizophrénie. (*Encéphale*, 1924, I, p. 145-151).
- La Constitution schizoïde. (*Encéphale*, 1924, I, 209 216).
- CLAUDE, ROBIN, ROUBENOVITCH. — La schizomanie simple. (*Ann. Méd. Psych.* Nov. 1925, p. 458-474).
- CLAUDE et BARUK. — Schizophrénie et tumeur cérébrale. (*Ann. Méd. Psych.*, 1931, I, p. 11-20).
- CODET et LAFORGUE. — Les arriérations affectives : la schizo-noïa. (*Ev. Psych.*, I, 1925, p. 102-126).

D

- DALLOZ (Pierre). — Haute Montagne (Paris, 1931).
- DESCARTES. — Traité des Passions de l'âme (1649).

DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du Médecin Praticien. (2^e Edit., Paris, 1929).

DUMAS et PIERON. — L'excitation et le mouvement (in Nouveau Traité de Psychologie par G. DUMAS, Paris, 1932, Tome II).

E

ENGELSON. — Evolution et structure de la schizophrénie (Lausanne-Paris, 1934).

EY (Henri). — Position actuelle du problème de la D. P. et des états schizophréniques. (*Ev. Psych.*, 1934, III, p. 3-24).

F

FREUD. — Introduction à la psychanalyse. (Trad. JANKÉLÉVITCH, Paris, 1921).

—— Psychopathologie de la vie quotidienne (id., 1922).

—— Essais de psychanalyse (id., 1927).

—— Cinq psychanalyses. (Trad. BONAPARTE et LOEWENSTEIN, Paris, 1935).

—— La prédisposition à la névrose obsessionnelle. (Trad. PICHON et HOESLI. *Rev. Fr. de Psychan.*, 1929, p. 437-447).

—— Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité. (Trad. LACAN. *Rev. Fr. de Psychan.*, 1932, p. 391-401).

—— Ma vie et la psychanalyse. (Trad. BONAPARTE, Paris, 1930).

G

GRABER (Gustav Hans). — Die Ambivalenz des Kindes. (*Intern. psychoan. Verlag*, Vienne, 1924).

GRUHLE (Hans). — Die Schizophrenie : Allgemeine Psychopathologie (in *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bumke, Berlin, 1932, V. Teil).

H

HALBERSTADT. — Obsessions et démence précoce. (*Encéphale* 1928, I, p. 128-133).

HENDERSON and GILLESPIE. — A Text Book of Psychiatry. (Oxford University Press, 1927).

HESNARD et LAFORGUE. — Contribution à la psychologie des états dits schizophréniques. (*Encéphale*, 1924, I, p. 45-50).

— La conception psychanalytique ou instinctiviste de la schizophrénie. (Communication au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Genève-Lausanne, Août 1926).

— Les processus d'auto-punition en psychologie des névroses et des psychoses, en psychologie criminelle et en pathologie générale. (Rapport à la V^e réunion des psychanalystes de langue française, Paris, 1930).

J

JACQUIN. — Le signe de la poignée de main dans la D. P. (*Encéphale*, 1913, II, p. 347-351).

JANET (Pierre). — De l'angoisse à l'extase. (Paris 1928).

JELLIFFE and WHITE. — Diseases of the Nervous System. (Philadelphie, 1935).

JUNG. — Über die Psychologie der Dementia Praecox. (Halle a. S., 1907).

— The Psychology of Dementia praecox. (Trad. de l'ouvrage précédent par BRILL, New-York-Washington, 1936).

K

KIERKEGAARD. — Le concept d'angoisse. (Trad. TISSEAU, Paris, 1935).

KLEIST. — Zur hirnpathologischen Auffassung der schizophrenen Grundstörung: Die alogische Denkstörung. (*Schweitz. Arch. Neur. u. Psych.*, XXVI, 1930, p. 99-102).

KRAEPELIN. — Psychiatrie, Leipzig, 1899.

— Introduction à la psychiatrie clinique. (Trad. DEVAUX et MERKLEN, Paris, 1907).

KRETSCHMER. — Manuel théorique et pratique de psychologie médicale. (Trad. JANKÉLÉVITCH, Paris, 1927).

L

- LACAN. — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. (*Thèse Paris*, 1932).
- LACROIX (Jean). — Timidité et Adolescence. (Paris, 1936).
- LAGACHE (Daniel). — Deuil maniaque. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 janvier 1938).
- LAFORGUE. — Relativité de la réalité. (Paris, 1937).
- LÉVY-VALENSI. — Précis de Psychiatrie. (Paris 1926).
- LOEWENSTEIN. — Un cas de jalousie pathologique. (*Rev. Fr. de Psychan.*, 1932, p. 554-585).

M

- MASSELON. — La Démence Précoce. (Paris, 1904).
- MIGNARD. — L'unité psychique et les troubles mentaux. (Paris, 1928).
- MINKOWSKI (E.). — Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique. (*Journal de Psychologie*, 1923, p. 543-558).
- La genèse de la notion de schizophrénie. (*Ev. Psych.* 1^{re} série, 1925, p. 193-236).
- De la rêverie morbide au délire d'influence. (*Ev. Psych.*, 1927, II, p. 130-184).
- La schizophrénie. (Paris 1927).
- Démence Précoce, schizoïdie, schizophrénie. (*Ann. Méd. Psych.*, 1926, p. 253-266).
- Contribution à l'étude du syndrome d'automatisme mental. (*Ann. Méd. Psych.*, 1927, I, 104-119).
- Du symptôme au trouble générateur. (*Arch. Suiss. Neur. Psych.*, XXII, 1928, p. 35-63).
- Jalousie pathologique sur un fond d'automatisme mental. (*Ann. Méd. Psych.*, 1929, II, p. 24-47).
- Etude sur la structure des états de dépression : les dépressions ambivalentes. (*Arch. Suiss. Neur. Psych.*, XXVI, 1930, p. 230-257).
- MINKOWSKI et TISON. — Essai sur la structure des états de dépression presbyophréniques. (*Journal de Psychologie*, 1928, p. 696-708).

MOREL. — Traité des maladies mentales (1860).

MORSELLI. — Contribution à la psychologie de l'intoxication par la mescaline. Le problème d'une Schizophrénie expérimentale. (*Journal de Psychologie*, 1936, p. 368-392).

N

NUNBERG. — Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage (Bern-Berlin, 1932).

O

ODIER. — L'Argent et les Névrosés. (*Rev. Fr. de Psychan.*, 1929-1930, p. 691-734).

P

PASCAL (Constance). — La Démence Précoce. (Paris 1911).

PICHON (Ed.). — Position du problème de l'adaptation réciproque entre la société et les psychismes exceptionnels. (*Rev. Fr. de Psychan.*, 1928, p. 135-170).

PICHON et LAFORGUE. — La notion de schizonoïa (in *Le Rêve et la Psychanalyse*, par LAFORGUE et divers collaborateurs, Paris, 1926, ch. VII).

R

REIK (Théodore). — Der unbekannte Mörder. (*Intern. Psychoan. Verlag*, 1932).

RIBOT. — Psychologie des sentiments. (Paris, 1896, 14^e édit., 1936).

ROENAU. — Ambivalenz : zum 25 jährigen Bestand des Terminus. (*Zeitschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 1937, N^o 1, p. 153-165).

ROUBENOVITCH. — Contribution à l'étude de la schizomanie. (*Thèse Paris*, 1926).

S

SÉRIEUX. — La Démence Précoce. (Cahors, 1902).

SCHIFF (Paul). — Les paranoïas et la psychanalyse. (Rapport à la 9^e Conférence des Psychanalystes de Langue française, Paris, 1935).

SPINOZA. — Ethique (1677).

STOCKER. — Psychologie de la Schizophrénie. (*Encéphale*, 1928, II, p. 518-521).

V

VERLAINE. — Parallèlement. (1889).

VIALLE (Louis). — Le Désir du Néant. (Paris, 1933).

VILLEY-DESMESERETS. — Contribution à l'étude des doctrines en médecine mentale (*Thèse Paris*, 1924).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
I. — La notion d'ambivalence dans l'œuvre de BLEULER	14
II. — Autres interprétations à la même époque des faits décrits par BLEULER	26
III. — La théorie de l'ambivalence d'après BLEULER ..	36
IV. — L'ambivalence d'après la psychiatrie contem- poraine	50
a. psychiatrie classique	51
b. psychanalyse	63
V. — Conclusion positive. Les diverses formes de l'ambivalence	72
SÉMÉIOLOGIE	88
CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	119

